

1888-1889

1888-1889

TITRE

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

Dr. L. NOVE-JOSSERAND

DE LYON

Extrait de l'Annuaire de l'Université
de Lyon de l'année 1888-1889
Tome IV, page 100

Membre du Conseil de l'Université
de Lyon, élu en 1888
Membre du Conseil de l'Université
de Lyon, élu en 1889
Membre du Conseil de l'Université
de Lyon, élu en 1890
Membre du Conseil de l'Université
de Lyon, élu en 1891

Grâce à la bienveillance de l'Université
de Lyon, l'ouvrage est publié



1. 1. 1. 1. 1.

2.

3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

11.

12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

21. 22.

23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30.

A D D E M D U M

1913 - 1920

TITRES UNIVERSITAIRES

Chef de Clinique Adjoint à la Faculté
(1^{er} Mars 1914 au 2 août 1914)

Chef de clinique à la Faculté
(1^{er} juillet 1919)

Admissible au Concours d'Aggrégation de 1913
(Section de Médecine)

TITRES MILITAIRES

Médecin-Chef de l'hôpital de Contagieux
du Camp de Valréas (Drôme)
jusqu'au 10 juillet 1916

Médecin aide-major aux Armées du
10 juillet 1916 au 26 février 1919
Ambulance 1/6 42 D.I. 32^e C.A.
16^e Bon de Chasseurs à pied 42^e D.I.
Ambulance 5/88 Z. 1^{re} Armée
Auto-chir. 33

DECORATIONS

Croix de guerre (citation à l'ordre du 32^e C.A.)
Médaille d'Argent des Epidémies

Titres Hospitaliers

Admissible aux concours de Médecin de Hôpital
24 octobre 1919/19 avril 1920

A D D E M U M

1913 - 1920

TITRES UNIVERSITAIRES

Chet de Clinique Adjoint à la Faculté
(1^{er} Mars 1913 au 31 août 1914)

Chet de Clinique à la Faculté
(1^{er} Juillet 1915)

TITRES MILITAIRES

Médecin-Chet de l'hôpital à Compiègne
du Camp de Valence (Prov.)
jusqu'au 10 juillet 1916

Médecin aide-major aux armées du
10 juillet 1916 au 28 février 1918
Années 1^{re} à 3^{ème} D.I., O.A.
1^{er} Bon de Classement à grade 4^{ème} D.I.
Années 5^{ème} à 7^{ème} D.I.
Années 8^{ème} à 10^{ème} D.I.

PROFESSEUR

Docteur de l'Université (titulaire à l'ordre de 1^{er} D.I., O.A.)
Médaille d'Argent des Epiphyse

EXPOSE DES TITRES

ET DES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DR L. NOVE-JOSSERAUD

MAI 1913

RECEVE

SECRET

CONFIDENTIAL

TOP SECRET

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

TOP SECRET

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

TITRES

TITRES UNIVERSITAIRES

PREPARATEUR ADJOINT AU LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
(Service des Hôpitaux) à la Faculté (1905-1906)

PREPARATEUR AU LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE -
(Service des Hôpitaux) à la Faculté (1906-1908)

PREPARATEUR ADJOINT AU LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
(Service Général) à la Faculté - (1908-1910)

DOCTEUR EN MÉDECINE - (1909)

PREPARATEUR A LA CLINIQUE DU PROFESSEUR G. ROQUE - (Laboratoire
d'Anatomie pathologique) à l'Hôtel-Dieu (1910 & années
suivantes)

TITRES HOSPITALIERS

Externe des Hôpitaux (1903-1904)

Interne Suppléant des Hôpitaux (1904-1905)

Interne des Hôpitaux (1905-1909)

Admissible au Concours de Médecine des Hôpitaux
(Concours de Mars 1912)

Suppléance dans les Hôpitaux (1910 & années suivantes)

ENSEIGNEMENT

TRAVAUX PRATIQUES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE A LA FACULTE
Laboratoire du Professeur PAVIOT

CONFÉRENCES DE SÉMIOLOGIE & CONFÉRENCES ANATOMO-CLINIQUES
dans le Service du Professeur ROQUE, à l'Hôtel-Dieu

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

LISTE CHRONOLOGIQUE DES PUBLICATIONS

- 1 - CANCER THYROIDIEN A METASTASES MULTIPLES, VISCERALES & OSSEUSES: FORME MEDICALE DU CANCER THYROIDIEN - Société Nationale de Médecine - 3 Juillet 1906 - En collaboration avec M. PAULY.
- 2 - ACTINOMYCOSE ANO-RECTALE - Société Médicale des Hôpitaux, 20 Février 1907. En collaboration avec M. VILLARD.
- 3 - UN CAS DE STENOSE-ILBO-CARCINALE - Société Médicale des Hôpitaux - 24 Avril 1907 - En collaboration avec M. VILLARD.
- 4 - CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PARALYSIES ALCOOLIQUES : Formes LOCALISEES A LA MAIN (3 Cas) - Province Médicale, 19 Octobre 1907. En collaboration avec le Professeur ROQUE.
- 5 - MYCLODIE CHEZ UN VIEILLARD, UN CAS AVEC AUTOPSIE. MENINGO-ENCEPHALO-MYELITIS CHRONIQUE. Revue de Médecine 10 Juin 1908. En collaboration avec le Professeur PAVIOT.
- 6 - LE PRIAPISME - Gasette des Hôpitaux, 5 Septembre 1908 - Revue Générale, en Collaboration avec M. LAURIENT/

LISTE DES COLLABORATEURS DES PUBLICATIONS

- 1 - GABRIEL THYRON A MONTAIGNE - 1907. En collaboration avec M. LAFITE.
- 2 - SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE - 8 JUILLET 1907. En collaboration avec M. LAFITE.
- 3 - SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE - 8 JUILLET 1907. En collaboration avec M. LAFITE.
- 4 - SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE - 8 JUILLET 1907. En collaboration avec M. LAFITE.
- 5 - SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE - 8 JUILLET 1907. En collaboration avec M. LAFITE.
- 6 - SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE - 8 JUILLET 1907. En collaboration avec M. LAFITE.
- 7 - SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE - 8 JUILLET 1907. En collaboration avec M. LAFITE.
- 8 - SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE - 8 JUILLET 1907. En collaboration avec M. LAFITE.
- 9 - SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE - 8 JUILLET 1907. En collaboration avec M. LAFITE.
- 10 - SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE - 8 JUILLET 1907. En collaboration avec M. LAFITE.

- 7 - DRAINAGE & ABLATION DE LA VESICULE BILIAIRE . Lyon-Chirurgical, 1er Avril 1900. En collaboration avec M. VILLARD.
- 8 - LE TROPHONDEUR CHRONIQUE. Gazette des Hôpitaux, 10 Avril 1909. Revue Générale, en collaboration avec M. LAURENT.
- 9 - LA MENINGITE LATENTE CHEZ LES PNEUMONIQUES. Société des sciences Médicales, 12 Mai 1909. En collaboration avec M. MOUISSET.
- 10 - TUMEURS GANGLIONNAIRES CERVICALES DE NATURE SYPHILITIQUE. Société des Sciences Médicales, 23 Juin 1909. En collaboration avec M. MOUISSET.
- 11 - ICERE HEMOLYTIQUE ACQUIS. Province Médicale, 4 Septembre 1909. En collaboration avec M. le Professeur ROQUE et M. CHALIER.
- 12 - DE LA NATURE INFLAMMATOIRE DE L'HEMORRAGIE CERVEALE en FOYER. Thèse de Doctorat en Médecine, Novembre 1909.
- 13 - CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ICERES HEMOLYTIQUES ACQUIS. Lyon Médical, 23 Janvier 1910. En collaboration avec M. M. MOUISSET & CHALIER.
- 14 - ESSAI DE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR LE SERUM ANTITUBERCULEUX DE MARMOREL. Presse Médicale 9 Mars 1910. En collaboration avec le Professeur ROQUE.

CHRISTOPHER, JAC APRIL 1900. IN COLLEGE WITH
H. VILLARD.

[illegible]

1. The following information was obtained from the records of the Federal Bureau of Investigation, Bureau of Prisons, and the United States Department of Justice, Office of the Inspector General, regarding the activities of the following individuals:

10 - THREE SAMPLES - 1965 COLLECTED IN THE
 SOUTH OF THE TOWN OF BOSTON, MA.
 1965 - 1966

1909. An explanation was given in previous reports.

FOYER, Théo de Mouton, né le 10 novembre 1911, à Mouton, département de la Mayenne, France.

[illegible]

2. The following information was obtained from the records of the Department of the Interior, Bureau of Land Management, regarding the land owned by the United States in the State of Alaska:

- 15 - ANEURYSME DE L'ARTERE SYLVIANNE d'ORIGINE SYPHILITIQUE.
Société Médicale des Hôpitaux 16 Mai 1911 - En Col-
laboration avec M. CHALIER.
- 16 - MENINGO-ENCOPHATITE SYPHILITIQUE AIGUE. Société Médicale
des Hôpitaux, 6 Juin 1911. En collaboration avec M.M.
CHALIER & REBATTU.
- 17 - CANCER DE L'ŒSOPHAGE AVEC PERI-ŒSOPHAGE SUPPUREE & PER-
FORATION DE LA TRACHÉE CHEZ UN TUBERCULEUX. PULMONAIRE
CAVITAIRE. - Société Nationale de Médecine, 3 Juillet
1911. En collaboration avec M. CHALIER.
- 18 - TUMEUR INFLAMMATOIRE STENOSANTE DU PYLORE, d'ORIGINE
TUBERCULEUSE. Lyon Chirurgie 1, 1er Octobre 1911.
En collaboration avec M. CHALIER.
- 19 - HEMOLYSE ET CIRRHOSE RIGIDENTAIRE CHEZ UN DIABÉTIQUE.
Congrès Français de Médecine. XII^e Session, LYON 1911
En collaboration avec M. CHALIER.
- 20 - ETAT HISTOLOGIQUE DU CERVEAU HUMAIN DANS DEUX CAS MORTELS
DEBUT DE MAL ÉPILEPTIQUE, RECHERCHES EXPERIMENTALES SUR
L'ETAT HISTOLOGIQUE DU CERVEAU DU CHIEN DANS L'ETAT de
MAL ÉPILEPTIQUE PROVOQUE PAR L'ABSINTHE. Congrès Fran-
çais de Médecine, XII^e Session, LYON 1911. En collabo-
ration avec M. BOUCHET.

1. The following information was obtained from a review of the files of the FBI, New York Office, dated 10/1/54:

[illegible]

1911. In collaboration with ...
O. VITARELLI - Societa' Italiana di ...
EDIZIONE DE LA ...
IV - CANTONE DE ...

THE ... INFORMATION ...

En collaboration avec le Service des Archives de la Ville de Québec.

1. The first of these is the fact that the
2. second of these is the fact that the
3. third of these is the fact that the
4. fourth of these is the fact that the
5. fifth of these is the fact that the
6. sixth of these is the fact that the
7. seventh of these is the fact that the
8. eighth of these is the fact that the
9. ninth of these is the fact that the
10. tenth of these is the fact that the

- 21 - Du RETRECISSEMENT MITRAL RELATIF DANS L'INSUFFISANCE
AORTIQUE. Gazette des Hôpitaux, 19 Octobre 1911 -
En collaboration avec M. CHALIER.
- 22 - CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA PERICARDITE BRITANNIQUE.
Paris Médical, Décembre 1911. En collaboration avec
M. CHALIER.
- 23 - UNE OBSERVATION D'EPILEPSIE TARDIVE AVEC AUTOPSIE.
CONSIDERATIONS SUR SA PROGNOSIS. Revue de Médecine
10 Décembre 1911. En collaboration avec M.M. MEUSSET
ET BOUCHUT.
- 24 - DE LA CONSERVATION ET DU RETOUR DES REFLEXES ROTULIENS
DANS LE TABES DORSALIS, A PROPOS D'UN MALADE ATTEINT
DE CRISES GASTRIQUES TABETIQUES. Revue de Neurologie
Décembre 1911. En collaboration avec le professeur
ROQUE et M. CHALIER.
- 25 - UN CAS D'HEMORRAGIE CEREBRALE BILATERALE RECENTE DE LA
CORTICALITE: ENCEPHALITE HEMORRAGIQUE EN FOYERS.
Revue de Médecine, 10 Janvier 1912. En collaboration
avec M. ROUBIER.
- 26 - DE LA CONSERVATION ET DU RETOUR DES REFLEXES ROTULIENS
DANS LE TABES DORSALIS; A PROPOS D'UN MALADE ATTEINT
DE CRISES GASTRIQUES TABETIQUES. Nouvelle Iconographie
de la Salpêtrière, N° 1 1912. En collaboration avec
M. CHALIER.

[illegible]

U.S. Capitol Hill, Washington, D.C.

in collaboration with the U.S. Coast Guard.

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED

Carta a Eliseo, Domingo 1911. en color.

- THE OBSERVATION DURING THE 1950S -

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED

NO DE COMPRE JULI. EN CONSIDERACION

SECRET U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE: 1964 O - 348-101

SECRET

Copyright 1991 by the American Psychological Association or one of its allied publishers. This article is intended solely for the personal use of the individual user and is not to be disseminated broadly.

[illegible]

Journal of Management Education 33(10) 1139-1150

CONTINUED ON PAGE 20

1997-1998

www.ccsenet.org/journal-name

1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352 2353 2354 2355 2356 2357 2358 2359 2360 2361 2362 2363 2364 2365 2366 2367 2368 2369 2370 2371 2372 2373 2374 2375 2376 2377 2378 2379 2380 2381 2382 2383 2384 2385 2386 2387 2388 2389 2390 2391 2392 2393 2394 2395 2396 2397 2398 2399 2400 2401 2402 2403 2404 2405 2406 2407 2408 2409 2410 2411 2412 2413 2414 2415 2416 2417 2418 2419 2420 2421 2422 2423 2424 2425 2426 2427 2428 2429 2430 2431 2432 2433 2434 2435 2436 2437 2438 2439 2440 2441 2442 2443 2444 2445 2446 2447 2448 2449 2450 2451 2452 2453 2454 2455 2456 2457 2458 2459 2460 2461 2462 2463 2464 2465 2466 2467 2468 2469 2470 2471 2472 2473 2474 2475 2476 2477 2478 2479 2480 2481 2482 2483 2484 2485 2486 2487 2488 2489 2490 2491 2492 2493 2494 2495 2496 2497 2498 2499 2500 2501 2502 2503 2504 2505 2506 2507 2508 2509 2510 2511 2512 2513 2514 2515 2516 2517 2518 2519 2520 2521 2522 2523 2524 2525 2526 2527 2528 2529 2530 2531 2532 2533 2534 2535 2536 2537 2538 2539 2540 2541 2542 2543 2544 2545 2546 2547 2548 2549 2550 2551 2552 2553 2554 2555 2556 2557 2558 2559 2560 2561 2562 2563 2564 2565 2566 2567 2568 2569 2570 2571 2572 2573 2574 2575 2576 2577 2578 2579 2580 2581 2582 2583 2584 2585 2586 2587 2588 2589 2590 2591 2592 2593 2594 2595 2596 2597 2598 2599 2600 2601 2602 2603 2604 2605 2606 2607 2608 2609 2610 2611 2612 2613 2614 2615 2616 2617 2618 2619 2620 2621 2622 2623 2624 2625 2626 2627 2628 2629 2630 2631 2632 2633 2634 2635 2636 2637 2638 2639 2640 2641 2642 2643 2644 2645 2646 2647 2648 2649 2650 2651 2652 2653 2654 2655 2656 2657 2658 2659 2660 2661 2662 2663 2664 2665 2666 2667 2668 2669 2670 2671 2672 2673 2674 2675 2676 2677 2678 2679 2680 2681 2682 2683 2684 2685 2686 2687 2688 2689 2690 2691 2692 2693 2694 2695 2696 2697 2698 2699 2700 2701 2702 2703 2704 2705 2706 2707 2708 2709 2710 2711 2712 2713 2714 2715 2716 2717 2718 2719 2720 2721 2722 2723 2724 2725 2726 2727 2728 2729 2730 2731 2732 2733 2734 2735 2736 2737 2738 2739 2740 2741 2742 2743 2744 2745 2746 2747 2748 2749 2750 2751 2752 2753 2754 2755 2756 2757 2758 2759 2760 2761 2762 2763 2764 2765 2766 2767 2768 2769 2770 2771 2772 2773 2774 2775 2776 2777 2778 2779 2780 2781 2782 2783 2784 2785 2786 2787 2788 2789 2790 2791 2792 2793 2794 2795 2796 2797 2798 2799 2800 2801 2802 2803 2804 2805 2806 2807 2808

27 - MENINGITE CEREBRO-SPINALE A PNEUMOCOQUES? PNEUMOCOCCÉMIE .

Société Médicale des Hôpitaux, 16 Janvier 1912. En

Collaboration avec M.M. CHALIER & MARTEL.

28 - MENINGITE CEREBRO-SPINALE A PNEUMOCOQUES SIMULANT L'URÉMIE

ENDOCARDITE AIGUE ULCÉRO-VÉGÉTANTE A PNEUMOCOQUE.

Société Médicale des Hôpitaux, 6 Février 1912. En col-

laboration avec M.M. LEVY & CHALIER.

29 - ANÉMIE PERNICIEUSE ET SIDEROSE VISCÉRALE D'ORIGINE HÉMO-
- LIQUE. - Société Médicale des Hôpitaux, 13 Février 1912

En collaboration avec le Professeur ROQUEZ et M. CHALIER.

30 - HÉMOLYSE & CIRRHOSE PIGMENTAIRE CHEZ UN DIABÉTIQUE.

Presse Médicale, 17 Février 1912. En collaboration

avec M. CHALIER.

31 - SIDEROSE VISCÉRALE D'ORIGINE HÉMO-
- LYTIQUE. Comptes-Rendus

des Séances de la Société de Biologie, 11 Mai 1912

En collaboration avec M.M. CHALIER & BOULUD.

32 - THROMBO-PHLEBITE DE LA VEINE ILIAQUE PRIMITIVE DROITE

ET DE LA PARTIE VOISINE DE LA VEINE CAVE INFÉRIEURE?

DE NATURE TUBERCULEUSE. Inoculation par VOIE LYMPHATI-
QUE. Société Médicale des Hôpitaux, 14 Mai 1912/

En collaboration avec M. CHALIER.

33 - LES LÉSIONS DU REIN DANS L'INTOXICATION AIGUE PAR LE

SUBLIME, D'APRÈS UNE BIOPSIE HUMAINE. Société Médicale

des Hôpitaux, 3 Décembre 1912. En collaboration avec

M. GRÉMIEU.

27 - SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'ÉCLAIRAGE
Société Médicale des Hôpitaux, 10 Janvier 1911.
Collaboration avec M. L. L. L. L. L.

28 - SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'ÉCLAIRAGE
Société Médicale des Hôpitaux, 10 Janvier 1911.
Collaboration avec M. L. L. L. L. L.

29 - SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'ÉCLAIRAGE
Société Médicale des Hôpitaux, 10 Janvier 1911.
Collaboration avec M. L. L. L. L. L.

30 - SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'ÉCLAIRAGE
Société Médicale, 10 Janvier 1911. Collaboration
avec M. L. L. L. L. L.

31 - SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'ÉCLAIRAGE
Société Médicale, 10 Janvier 1911. Collaboration
avec M. L. L. L. L. L.

32 - SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'ÉCLAIRAGE
Société Médicale, 10 Janvier 1911. Collaboration
avec M. L. L. L. L. L.

33 - SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'ÉCLAIRAGE
Société Médicale, 10 Janvier 1911. Collaboration
avec M. L. L. L. L. L.

- 34 - ANEMIE HEMOLYSIQUE DU TYPE FERNICIEUX AVEC SIDEROSE VISCERALE CHEZ UN TUBERCULEUX. Archives des Maladies de coeur, des vaisseaux et du sang, Janvier 1913 :
En collaboration avec le Professeur ROQUE et M. CHALIER
- 35 - ICTERE CHRONIQUE PAR-RETENTION, LIE A LA PERFORATION ET A L'OBLITERATION DU CHOLEDOQUE PAR DES BOUGESONS NEOPLASMIQUES VENUS D'UN CANCER DU PYLORE. En collaboration avec M. CHENIEU, Lyon Medical, Mars 1913.
- 36 - UN CAS DE PARALYSIE ISOLEE DU LONG EXTENSEUR PROPRE DU POUCE. Société Médicale des Hôpitaux, 6 Mars 1913 et Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, Mai-Juin 1913
En collaboration avec M. CLUZET.
- 37 - ABCES DU FOIE. CANCER SECONDAIRE DU FOIE ET CANCER DU RECTUM. Société Nationale de Médecine, 7 Mars 1913
En collaboration avec M.M. CORDIER & FLORENCE.
- 38 - SUR LA SIDEROSE VISCERALE. Société de Biologie, 7 Mars 1913. En collaboration avec M.M. CHALIER & BOULUD.
- 39 - SUR L'HEMOLYSE SIDEROGENE. Société de Biologie, 14 Mars 1913. En collaboration avec M.M. CHALIER & BOULUD.
- 40-44- HEMOLYSE SIDEROGENE, HEMOSIDEROSE VISCERALE.
En collaboration avec le professeur ROQUE et M. CHALIER
4 Mémoires. Journal de physiologie et de pathologie générale, numéros de Mars & Mai 1913.

[illegible]

Premier Mémoire: Exposé historique et critique.

Deuxième Mémoire: Cas normaux. Anémies pernicieuses
Tuberculeuses.

Troisième Mémoire: Cirrhose du foie. Cas divers.

Quatrième Mémoire: Discussion pathogénique. Conceptions
personnelles.

45 - PROCÉDE DE RECHERCHES DE LA SIDEROSE VISCÉRALE.

En collaboration avec M.M. CHALIER & BOULUD.

Lyon-Médical, 23 Mars 1913.

46 - RÉPARTITION DU FER PIGMENTAIRE ET DOSAGES DU FER DANS
LES ORGANES AU COURS DE DIVERS ÉTATS PATHOLOGIQUES.

En collaboration avec M.M. CHALIER & BOULUD.

Lyon-Médical, 23 Mars 1913.

47 - De l'ORIGINE HÉMOLYTIQUE DE LA SIDEROSE VISCÉRALE.

ROLE DE LA RATE DANS L'HÉMOLYSE SIDEROGÈNE.

En collaboration avec M. CHALIER et M. BOULUD.

Lyon-Médical 23 Mars 1913.

48 - DOCUMENTS RELATIFS À L'HÉMOLYSE SIDEROGÈNE. ANÉMIES PER-
NICIEUSES. TUBERCULOSE. En collaboration avec M.M.

CHALIER & BOULUD. Société de Biologie, 21 Mars 1913

49 - DOCUMENTS RELATIFS À L'HÉMOLYSE SIDEROGÈNE. CIRRHOSIS DU
FOIE. CAS DIVERS. 2, collaboration avec M.M. CHALIER &

BOULUD. Société de Biologie, 21 Mars 1913.

Deziderio W. Molitor: One normal, infantile period, none
 further.

Quatrième Mémoire: Révision des pathogènes. (Contient
un résumé.)

[illegible]

1. The first group of persons who were arrested in connection with the case of the "Reds" in the city of New York, were the members of the "Reds" who were active in the city of New York, and who were active in the city of New York, and who were active in the city of New York.

[illegible]

1918 - 1919. The following is a list of the names of the persons who were members of the committee during the year 1918-1919.

1. The first part of the document is a letter from the President of the United States to the Congress, dated January 1, 1861. It is a very important document, as it sets out the President's policy towards the Southern States, which had just seceded from the Union. The President states that he will not recognize the secession, and that he will maintain the Union by force if necessary. This letter is a key document in the history of the American Civil War.

- 50 - CRITIQUE DE LA COBOSITION DES CIRRHOSSES DITES PIGMENTAIRES, ORIGINE HEMOLYTIQUE DE LEUR SIDEROSE. En collaboration avec M. CHALIER. Revue de Médecine Mai 1913.
- 51 - ROLE DE L'HEMOLYSE DANS LA PATHOGENIE DE L'ANEMIE PAR-
NICHIEUSE. En collaboration avec M. CHALIER. Presse Médicale Mai 1913.
- 52 - INFANTILISME REVERSIF: ETAT DES GLANDES A SECRETION INTERNE AU POINT DE VUE DE LA SIDEROSE. En collaboration avec M. CHALIER. Lyon Medical Avril 1913.
- 53 - ETUDE COMPARATIVE DU DEGRE DE L'HEMOGLOBINEMIE DANS LE SANG ARTERIEL, LE SANG VEINEUX GENERAL ET LE SANG VEINEUX SPLENIQUE, CONSECUTIVEMENT A L'INTOXICATION PAR LA TOLUYLENE-DIAMINE. En collaboration avec M.M. CHALIER & FLORENCE. Société de Biologie 1913.
- 54 - DE LA SIDEROSE EXCLUSIVEMENT SPLENIQUE, SPUL STIGMA T. DE L'HEMOLYSE DANS L'INTOXICATION LEGERE PAR LA TOLUYLENE DIAMINE. ROLE HEMOLYTIQUE DE LA RATE. En collaboration avec M.M. CHALIER & BOULUD. Société de Biologie 1913.
- 55 - DU ROLE PRINCIPAL DE LA RATE DANS L'HEMOLYSE PROVOQUEE par LA TOLUYLENE-DIAMINE. En collaboration avec M.M. CHALIER & FLORENCE.

SECRET

[illegible]

1. The first step is to identify the problem. This involves understanding the situation and the goals that need to be achieved. It is important to gather all relevant information and to consider the perspectives of all stakeholders involved.

RECEIVED
JAN 10 1968

1918.

GEORGE & FRANKLIN
BOX 10 TUNNEY-CLARK, an collaboration avec
- DU ROI (L'AMERICAN L'AY - BY - 1947)

- 56 - POLYNEVRITE DIPHTHERIQUE A FORME MALADIE DE LANDRY.
En collaboration avec M. CHALIER. Progrès Médical,
Mai 1913.
- 57- ICERE INFECTIEUX AU COURS DE LÉSIONS SUPPURÉES DES VOIES
URINAIRES. En collaboration avec M. CHALIER- Journal
d'Urologie, Mai 1913.
- 58 - TUBERCULOSE MÉNINGÉE ET ÉPILEPSIE JACKSONIENNE.
En collaboration avec M. CHALIER. Province Médicale
Juin 1913.
- 59 - QUADRIPLÉGIE PAR TUMEUR MÉNINGÉE. En collaboration avec
M. CHALIER. Bulletin Médical, Juin 1913.
- 60 - DOUBLES HÉMATOME D. LA DURE-MÈRE. En collaboration avec
M. CHALIER. Revue Internationale de Médecine et de
Chirurgie. Juin 1913.
- 61 - HÉMIPLÉGIE SYPHILITIQUE CHEZ UN POTRIUS. En collabora-
tion avec M. CHALIER. Lyon Médical Juin 1913.
- 62 - GUÉRISON D'UN ANÉVRISME DE L'AORTE PAR LES INJECTIONS
DE SÉRUM GÉLATINE: PRÉSENTATION DE LA PIÈCE.
En collaboration avec M. CHALIER. Société Médicale
des Hôpitaux, 16 Mars 1913.
- 63 - 62 - CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PLEURÉSIE PURULENTE
TUBERCULEUSE: 6 OBSERVATIONS.
En collaboration avec M.M. BOUCHU & GRAVIER.
Revue de Médecine, Juin 1913.

[illegible]

7-12-71
10-12-71
11-12-71
12-12-71
1-12-72
2-12-72
3-12-72
4-12-72
5-12-72
6-12-72
7-12-72
8-12-72
9-12-72
10-12-72
11-12-72
12-12-72
1-12-73
2-12-73
3-12-73
4-12-73
5-12-73
6-12-73
7-12-73
8-12-73
9-12-73
10-12-73
11-12-73
12-12-73
1-12-74
2-12-74
3-12-74
4-12-74
5-12-74
6-12-74
7-12-74
8-12-74
9-12-74
10-12-74
11-12-74
12-12-74
1-12-75
2-12-75
3-12-75
4-12-75
5-12-75
6-12-75
7-12-75
8-12-75
9-12-75
10-12-75
11-12-75
12-12-75
1-12-76
2-12-76
3-12-76
4-12-76
5-12-76
6-12-76
7-12-76
8-12-76
9-12-76
10-12-76
11-12-76
12-12-76
1-12-77
2-12-77
3-12-77
4-12-77
5-12-77
6-12-77
7-12-77
8-12-77
9-12-77
10-12-77
11-12-77
12-12-77
1-12-78
2-12-78
3-12-78
4-12-78
5-12-78
6-12-78
7-12-78
8-12-78
9-12-78
10-12-78
11-12-78
12-12-78
1-12-79
2-12-79
3-12-79
4-12-79
5-12-79
6-12-79
7-12-79
8-12-79
9-12-79
10-12-79
11-12-79
12-12-79
1-12-80
2-12-80
3-12-80
4-12-80
5-12-80
6-12-80
7-12-80
8-12-80
9-12-80
10-12-80
11-12-80
12-12-80
1-12-81
2-12-81
3-12-81
4-12-81
5-12-81
6-12-81
7-12-81
8-12-81
9-12-81
10-12-81
11-12-81
12-12-81
1-12-82
2-12-82
3-12-82
4-12-82
5-12-82
6-12-82
7-12-82
8-12-82
9-12-82
10-12-82
11-12-82
12-12-82
1-12-83
2-12-83
3-12-83
4-12-83
5-12-83
6-12-83
7-12-83
8-12-83
9-12-83
10-12-83
11-12-83
12-12-83
1-12-84
2-12-84
3-12-84
4-12-84
5-12-84
6-12-84
7-12-84
8-12-84
9-12-84
10-12-84
11-12-84
12-12-84
1-12-85
2-12-85
3-12-85
4-12-85
5-12-85
6-12-85
7-12-85
8-12-85
9-12-85
10-12-85
11-12-85
12-12-85
1-12-86
2-12-86
3-12-86
4-12-86
5-12-86
6-12-86
7-12-86
8-12-86
9-12-86
10-12-86
11-12-86
12-12-86
1-12-87
2-12-87
3-12-87
4-12-87
5-12-87
6-12-87
7-12-87
8-12-87
9-12-87
10-12-87
11-12-87
12-12-87
1-12-88
2-12-88
3-12-88
4-12-88
5-12-88
6-12-88
7-12-88
8-12-88
9-12-88
10-12-88
11-12-88
12-12-88
1-12-89
2-12-89
3-12-89
4-12-89
5-12-89
6-12-89
7-12-89
8-12-89
9-12-89
10-12-89
11-12-89
12-12-89
1-12-90
2-12-90
3-12-90
4-12-90
5-12-90
6-12-90
7-12-90
8-12-90
9-12-90
10-12-90
11-12-90
12-12-90
1-12-91
2-12-91
3-12-91
4-12-91
5-12-91
6-12-91
7-12-91
8-12-91
9-12-91
10-12-91
11-12-91
12-12-91
1-12-92
2-12-92
3-12-92
4-12-92
5-12-92
6-12-92
7-12-92
8-12-92
9-12-92
10-12-92
11-12-92
12-12-92
1-12-93
2-12-93
3-12-93
4-12-93
5-12-93
6-12-93
7-12-93
8-12-93
9-12-93
10-12-93
11-12-93
12-12-93
1-12-94
2-12-94
3-12-94
4-12-94
5-12-94
6-12-94
7-12-94
8-12-94
9-12-94
10-12-94
11-12-94
12-12-94
1-12-95
2-12-95
3-12-95
4-12-95
5-12-95
6-12-95
7-12-95
8-12-95
9-12-95
10-12-95
11-12-95
12-12-95
1-12-96
2-12-96
3-12-96
4-12-96
5-12-96
6-12-96
7-12-96
8-12-96
9-12-96
10-12-96
11-12-96
12-12-96
1-12-97
2-12-97
3-12-97
4-12-97
5-12-97
6-12-97
7-12-97
8-12-97
9-12-97
10-12-97
11-12-97
12-12-97
1-12-98
2-12-98
3-12-98
4-12-98
5-12-98
6-12-98
7-12-98
8-12-98
9-12-98
10-12-98
11-12-98
12-12-98
1-12-99
2-12-99
3-12-99
4-12-99
5-12-99
6-12-99
7-12-99
8-12-99
9-12-99
10-12-99
11-12-99
12-12-99
1-12-00
2-12-00
3-12-00
4-12-00
5-12-00
6-12-00
7-12-00
8-12-00
9-12-00
10-12-00
11-12-00
12-12-00
1-12-01
2-12-01
3-12-01
4-12-01
5-12-01
6-12-01
7-12-01
8-12-01
9-12-01
10-12-01
11-12-01
12-12-01
1-12-02
2-12-02
3-12-02
4-12-02
5-12-02
6-12-02
7-12-02
8-12-02
9-12-02
10-12-02
11-12-02
12-12-02
1-12-03
2-12-03
3-12-03
4-12-03
5-12-03
6-12-03
7-12-03
8-12-03
9-12-03
10-12-03
11-12-03
12-12-03
1-12-04
2-12-04
3-12-04
4-12-04
5-12-04
6-12-04
7-12-04
8-12-04
9-12-04
10-12-04
11-12-04
12-12-04
1-12-05
2-12-05
3-12-05
4-12-05
5-12-05
6-12-05
7-12-05
8-12-05
9-12-05
10-12-05
11-12-05
12-12-05
1-12-06
2-12-06
3-12-06
4-12-06
5-12-06
6-12-06
7-12-06
8-12-06
9-12-06
10-12-06
11-12-06
12-12-06
1-12-07
2-12-07
3-12-07
4-12-07
5-12-07
6-12-07
7-12-07
8-12-07
9-12-07
10-12-07
11-12-07
12-12-07
1-12-08
2-12-08
3-12-08
4-12-08
5-12-08
6-12-08
7-12-

[illegible]

1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific information required.

1. The first step is to identify the problem or issue that needs to be addressed. This involves gathering information and understanding the context of the problem.

[illegible]

in collaboration with ...
... ..

- 64 - LYMPEADÉMIE ALUCÉMIQUE D'ORIGINE TUBERCULEUSE.
En collaboration avec M.M. CORDIER & LEVI.
- 65 - EXAMENS HISTOLOGIQUES DIVERS DANS LES PUBLICATIONS
SUIVANTES:

Cancer primitif et bilatéral des capsules surrénales
avec métastases viscérales et craniennes.

MOUISSET & CHALIER, Revue de Médecine, 10 Septembre
1911.

Sarcome de la dure-mère envahissant les lobes
occipitaux avec adhéité et nombreux noyaux
de généralisation néoplastiques chez un
tuberculeux pulmonaire cavitaires.

CHALIER & REBATTU, Société Médicale des Hôpitaux
14 Février 1911.

Relation d'une Autopsie d'acromégale.

M. LECLERC, Lyon-Médical, 14 Juillet 1912.

Etat du ganglion dans l'hyperglobule avec splénomégalie

ROQUE & CORDIER, Lyon-Médical, 10 Décembre 1911.

44 -

45 -

SUBJECTS:

General principle of the study of the
with reference to the

of the
1911.

of the
of the
of the

of the
1911.

of the
1911.

of the
1911.

PREMIERE PARTIE

SYSTEME NERVEUX

1.- ENCEPHALE ET MENINGES

De la nature inflammatoire de l'hémorragie cérébrale en foyer

Thèse de Doctorat en Médecine - LYON 1909 -

Je me suis proposé, dans ce travail, inspiré par M. le Professeur Paviot, de démontrer, à l'aide de douze observations inédites, que l'hémorragie cérébrale en foyer est le résultat d'une encéphalite aiguë dans un très grand nombre de cas: L'encéphalite aiguë primitive, à forme hémorragique, avait, déjà à cette époque, été étudiée par Gayet, Wernicke, Strumpell, Barret, Mollard et Gade, Raymond et Cestan, Chartier, Laignel-Lavastine, Voisin. Mais précisément, ce ne sont pas les formes décrites par ces auteurs que j'ai en vue dans mon étude. C'est, au contraire, une forme à laquelle on n'avait pas semblé penser jusqu'alors. J'ai choisi comme sujets d'étude des cas à propos desquels, cliniquement et anatomo-pathologiquement, il ne serait pas venu à l'esprit de penser à de l'encéphalite, mais que l'on aurait, au contraire, considérés comme des exem -

LE SYSTÈME DE LA LOGIQUE

LE SYSTÈME DE LA LOGIQUE

de la nature de l'homme et de l'éducation

Thèse de Doctorat en Philosophie - 1900

Je me suis proposé, dans ce travail, d'exposer les
principes de la logique, de décrire les
lois de la pensée, et de montrer comment
elles se manifestent dans la vie humaine.
C'est une tâche ardue, car la logique est
une science qui a été l'objet de
nombreuses recherches, et qui a
été l'objet de nombreuses
controverses. Mais, si l'on se
rappelle que la logique est la
science des lois de la pensée,
on comprendra que c'est une
science qui a une grande importance
pour la philosophie, et pour
la science en général. C'est
pourquoi j'ai voulu consacrer
ce travail à l'étude de la
logique, et à la description
des lois de la pensée.

ples typiques de l'hémorragie cérébrale classique. L'ancienne conception de Calmeil, qui avait autrefois décrit l'hémorragie cérébrale dans le chapitre qu'il a consacré à l'encéphalite aigue et chronique avec ou sans caillots sanguins, manquait de toute démonstration histologique. J'ai comblé cette lacune à l'aide de la sémiologie et surtout de l'anatomie pathologique microscopique et de l'expérimentation.

La symptomatologie peut déjà, par une étude attentive, éveiller l'idée que l'hémorragie cérébrale révèle d'un processus inflammatoire d'emblée. La fièvre, en particulier, si on excepte les quelques heures d'hypothémie due au choc nerveux lié à l'épanchement sanguin, existe, en règle, dès le début, et beaucoup de malades présentent leur maximum thermique dès les premiers jours. Ensuite, on peut observer chez certains sujets une recrudescence de la fièvre pendant les jours qui précèdent la mort. On considère habituellement cette température anormale comme le reflet d'une écharde, d'une broncho-pneumonie, d'une infection secondaire, bref, d'une complication. Mais j'ai vu des cas qui n'en présentaient aucune, mourir uniquement de leur lésion cérébrale avec de la fièvre. Pour moi, la fièvre peut bien, dans certains cas, refléter des lésions intercurrentes inflammatoires extra-cérébrales. Mais, dans d'autres cas, la fièvre existe et elle n'est pas expliquée par ces lésions, puisqu'on ne les trouve pas. La cause de la fièvre n'est pas alors une encéphalite "réactionnaire" secondaire au foyer sanguin. Cette sorte d'encéphalite, dont le développement serait en rapport étroit avec la présence

du sang et qui se disposerait alentour de lui, n'existe pas. Je le montrerai tout-à-l'heure, mais je peux opposer à son existence cet argument très sérieux. On dit que dans l'hémorragie cérébrale, lorsque le malade n'a pas de fièvre, il guérira probablement, tandis que celui dont la température s'élève progressivement, mourra; on ajoute que, chez ce dernier, il s'est fait une encéphalite réactionnelle. Pourtant, tous les deux ont du sang épanché dans le tissu cérébral. N'est-il pas curieux, en vérité, qu'en présence de la même cause, un foyer sanguin, ce tissu ne s'enflamme pas dans les cas qui guérissent et soit, au contraire, dans les cas fatals, le siège d'une encéphalite réactionnelle qui se développerait chez certains malades tout de suite et chez d'autres, au bout de quelques jours. D'ailleurs, qu'est-ce qui causerait cette "inflammation réactionnelle" ? Si ce n'est le sang seul, par sa présence, il devrait toujours entraîner avec lui cette lésion inflammatoire chez tous les malades, ceux qui guérissent, comme ceux qui meurent dans des délais à peu près équivalents; il ne devrait pas y avoir des écarts si grands entre l'époque du développement de cette "encéphalite secondaire", suivant les malades, si elle était due seulement à la présence du sang puisque, nous le verrons plus loin, les lésions inflammatoires sont aussi marquées, aussi étendues et confluentes au bout de cinq heures qu'au bout d'une semaine.

du sang et qui se disposent à mourir, et, si
pas. Je le montrant tout à l'heure, et si pas
car à son existence ont également été montrés, et
que dans l'hémoragie de l'oreille, il y a une
pas de l'oreille, il y a une probabilité, et
dont la température est élevée progressivement, et
ajoute que, après ce dernier, il y a une
littérature réactionnelle, et, tout de même, et
épanché dans le tissu cérébral. Et, tout de même,
vérité, qu'il y a une présence de la même
ce tissu ne s'entend pas dans les cas de
et soit, en conclusion, de ne pas les
à une anaphylaxie réactionnelle et à
chez certains malades tout ce tissu
au bout de quel peu de jours. Et, tout de même,
expérimental cette "inflammation réactionnelle"
n'est la même, par ce processus, et
extraire avec lui cette inflammation
les malades, ceux qui guérissent, comme ceux qui
dans les étiologies à peu près identiques; il y a
y avoir des réactions et grande, mais l'époque du développement
ment de cette "anaphylaxie réactionnelle", suivant les
lades, et elle fait que tout ce qui est la présence de
puissent, nous la verrons plus tard, les réactions
notées sont aussi marquées, et les réactions et les
les au bout de cinq heures qu'il y a une réaction.

si l'on fait remarquer que c'est l'infection secondaire du foyer sanguin à la faveur d'une sorte d'entrée quelconque, qui cause l'inflammation constatée, nous en appellerons aux mêmes faits: des malades qui n'ont plus eu de température après les premiers jours, guérissent malgré de grandes eschares et autres causes d'infection; d'autres meurent en quelques jours sans porte d'entrée apparente; d'autres qui ont de nombreuses raisons de s'infecter, ne présentent de signes de cette encéphalite secondaire que bien des jours plus tard. si l'on dit: "le sang était septique d'emblée", n'est-il pas plus rationnel d'admettre qu'il n'a pu, étant dans les vaisseaux, causer d'abord une encéphalite aigue primitive, avant d'en provoquer une "secondaire" après en être sorti. Trop d'objections, même en restant seulement sur le terrain clinique, peuvent être faites à cette notion de l'"encéphalite secondaire" ainsi comprise, pour qu'elle continue à être admise sous cette forme.

Les faits sont bien mieux expliqués si l'on admet une encéphalite aigue primitive. La courbe thermique est basse, c'est vrai, à son début; mais la formation de l'épanchement sanguin, par l'effet hyperthermique qu'elle posséderait, explique cette température; les phénomènes réflexes dissipés, la courbe reprend son ascension et décrit un dessin tout-à-fait analogue à celui qui caractérise d'autres maladies fébriles à

invasion brusque et à allure fluxionnaire; les variations de la courbe, ses fléchissements, ses ascensions, ses oscillations traduisent des poussées successives de l'inflammation primitive qui, tantôt violente d'emblée, entraîne de suite de hautes températures et la mort rapide; tantôt à tendance à marcher vers la résolution et y aboutit dans les cas heureux et curables; tantôt sommeil, puis se réveille, dans des délais très variables, provoquant des hyperthermies terminales au bout de sept, douze, vingt-cinq jours. Sans doute, les inflammations intercurrentes des poumons ou des téguments peuvent inscrire sur la courbe quelques dixièmes de température; sans doute, la présence et la diffusion du foyer sanguin peuvent servir, dans une certaine mesure à disséminer un processus inflammatoire. Mais, ce pouvoir disséminateur, très accessoire, qu'en peut accorder au sang, il le tient déjà de la nature inflammatoire du processus qui a répandu le sang. En aucune manière, ce rôle du sang et les complications précipitées, ne sauraient restreindre, au point de vue de la fièvre, le rôle prépondérant de l'encéphalite aiguë primitive et initiale que j'admets à la base de l'hémorragie cérébrale en foyer.

Ainsi, l'étude attentive de la température, chez les malades que j'ai étudiés, m'a permis de dégager sa valeur sémiologique et de lui donner une portée générale. Elle traduit l'encéphalite qui a précédé de peu

invasion brusque et à l'issue inattendue, les
tours de la coupe, les lances, les
ces opérations tendant à la fois à la
de l'inflammation primitive qui, dans
bide, entraîne de suite de hautes températures
mort rapide; tantôt à l'origine d'un
intum et y aboutit dans les cas graves par
tantôt mortelle, puis se résorbe, tantôt
très variable, provoquant des phénomènes
les en bout de nez, doreux, violacés, etc.
dents, les inflammations interdentaires, les
en des séquestrations peuvent être de suite
des débris de tissu osseux; mais, dans
et la diffusion de l'écoulement purulent,
une certaine mesure à l'écoulement purulent
maîtriser. Mais, ce point de vue, les
re, qu'on peut associer à l'écoulement
la nature inflammatoire, en raison de la
sang. Un autre motif, cependant, est
questions générales, on considère les
point de vue de la durée, le rôle du pus, le
l'écoulement purulent, les débris osseux,
à la base de l'abcès, les débris osseux,
dents, l'écoulement purulent, les débris
les malades et, tantôt, les débris osseux
voient s'effondrer et les débris osseux
sels. Mais, dans l'écoulement purulent, les

ou accompagné l'hémorragie. En marquant les réveils, les poussées successives de cette inflammation, son déclin, elle permet d'apprécier l'évolution de la maladie vers la mort ou la guérison.

Ce qu'on a pris pour de l'inflammation réactionnelle, c'est la continuation ou la recrudescence d'une inflammation préexistante, ou pour le moins contemporaine, par rapport au foyer sanguin.

Mais, c'est moins sur la symptomatologie que sur l'histologie pathologique que je fonde ma théorie. En effet, pour peu que l'on ait soin d'étudier microscopiquement des fragments prélevés tout autour du vaste foyer hémorragique, il est facile de constater sur plusieurs d'entre eux, les lésions histologiques caractéristiques de l'encéphalite aiguë, en particulier la diapédèse de polymorphonucléaires surtout, de quelques lymphocytes plus rarement.

Ces lésions inflammatoires sont aussi marquées aussi étendues et confluentes, au bout de cinq heures qu'au bout d'une semaine. J'insiste ^{ne} aussi sur ce fait qu'elles se rencontrent pas sur tous les fragments prélevés en bordure du foyer sanguin; c'est là encore une preuve que de l'encéphalite réactionnelle ne se développe pas sous le contact du sang.

Comme autres lésions histo-pathologiques que je crois importantes à signaler, je citerai: 1° des lésions artérielles récentes (gonflement des noyaux de

la tunique interne, oblitérations capillariennes et, bien plus rarement, artériolaires) ou anciennes (endo et péri-artérite) les veines et veinules nous ont paru intactes; 2° des boursoufflements et dilatations ampullaires des gaines périvasculaires par du sang, formations paraissant postérieures à l'hémorragie et figurant des pseudo-anévrysmes miliaires; 3° une tuméfaction des cellules de la substance blanche et des globules blancs aussi pour certains auteurs, donnant à ces éléments un aspect épithélioïde, déjà décrit par M.M. WEIL et GALLAVARDIN, MOTHAGEL, HAYEM, NISSL, ACHARD et GUINON, LALIGNAL-LAVASTIER, DEVIC, KUSCHER et BROSSIN, dans différentes affections.

J'ai porté sur le terrain expérimental, enfin, la question si importante pour la théorie que je soutiens, de l'absence de l'encéphalite réactionnelle causée par la présence du sang. Je tiens à dire que je ne mets nullement en doute que des encéphalites réactionnelles aient été réalisées au moyen de l'introduction, au sein du tissu nerveux, de corps étrangers, de substances toxiques, de microbes ou de leurs toxines, par Hayem, Claude et Lejonne, Doyfer et Oberthar, etc.. Je ne me place pas du tout au même point de vue. J'ai voulu voir si le sang qui circule dans le torrent circulatoire et tel qu'il sort des vaisseaux cérébraux dans l'hémorragie cérébrale classique, peut déterminer par son contact des lésions inflammatoires semblables

à celles que j'ai observées sur mes coupes. Expérimentant sur des chiens, je leur retirais par aspiration, à l'aide d'une seringue, du sang de l'artère fémorale et je l'injectais dans l'encéphale immédiatement. Le danger était de commettre une faute d'asepsie. J'ai conservé vivants mes chiens six heures, quinze heures, vingt heures et quarante-deux heures. Je les tuais par section du bulbe. Or, au pourtour des foyers hémorragiques que j'avais déterminés aseptiquement, je n'ai vu aucune diapédèse constituée, aucune trace d'inflammation réactionnelle. L'encéphalite réactionnelle due aux foyers sanguins aseptiques, n'existe pas.

La nature inflammatoire de l'hémorragie cérébrale en foyer me paraît indiscutable dans les cas que j'ai observés. Mais, il n'est pas scientifique de généraliser hâtivement. Mes constatations complètent celles qu'avaient faites autrefois Charcot et Bouchard; elles ne prétendent point les supplanter; elles se juxtaposent à elles dans ce sens que, dans la pathogénie de l'hémorragie cérébrale classique en foyer, il faudra faire une grande place désormais, à côté de l'anévrisme miliaire, à l'encéphalite aiguë non suppurée. L'élément qui me paraît commander ici le développement énorme de l'hémorragie, c'est l'hypertrophie absolue, ou relative, du cœur et, accessoirement, les altérations du système artériel cérébral.

L'encéphalite aiguë non suppurée hémorragique et diapédétique comprend ainsi tous les degrés de

l'hémorragie, depuis le piqueté hémorragique, jusqu'aux vastes foyers, jusque là considérés comme l'apanage de l'hémorragie cérébrale classique.

ENCÉPHALITE AIGUE HÉMORRAGIQUE EN FOYER ET EN PLACETS, AVEC
HÉMATOME SOUS-DURE-MÉRIEN AU COURS D'UNE MÉNINGITE
CÉRÉBRO-SPINALE À PNEUMOCOQUES.

Société Médicale des Hôpitaux, 16 Janvier 1911.

En collaboration avec M.M. CH. LIER et MA. EL.

Il s'agissait d'un foyer hémorragique assez étendu, siégeant dans la cortéicalité du pôle frontal droit.

UN CAS D'HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE BILATÉRALE RÉCENTE DE LA CORTÉICALITÉ. ENCÉPHALITE HÉMORRAGIQUE EN FOYERS. -

En collaboration avec M. ROUBIER. Revue de Médecine
10 Janvier 1911.

Cette opération m'a paru intéressante par la localisation rare de cette hémorragie exclusivement cortéical.

M.M. GRASSET et RAUZIER ont, en 1894, exposé que, sur 20 cas d'hémorragies cérébrales, cette disposition avait été constatée 5 fois et Brouardel cite une statistique de Gindrac où, sur 561 cas d'hémorragies cérébrales, 45 fois le foyer était cortéical. Durendardel, Grasset et Rauzier insistent aussi sur ce fait bien évident ici, que dans le cas de bilatéralité, ce sont les points symétriques qui sont atteints.

I'histoire, dans la mesure où elle est
un acte de la vie, une action, une
réponse à l'histoire d'un peuple.

Il est évident que l'histoire est une
action, une réponse à l'histoire d'un
peuple.

Il est évident que l'histoire est une
action, une réponse à l'histoire d'un
peuple.

Il est évident que l'histoire est une
action, une réponse à l'histoire d'un
peuple.

Il est évident que l'histoire est une
action, une réponse à l'histoire d'un
peuple.

Il est évident que l'histoire est une
action, une réponse à l'histoire d'un
peuple.

Il est évident que l'histoire est une
action, une réponse à l'histoire d'un
peuple.

Dans notre observation, il faut signaler que le cœur n'était le siège, ni d'une hypertrophie vraie, ni même d'une hypertrophie relative. Mais, les artérioles cérébrales étaient en très mauvais état et cet élément qui, habituellement, passe après le volume du cœur, a eu le premier rôle après l'inflammation dans l'établissement de l'hémorragie.

UNE OBSERVATION D'EPILEPSIE TARDIVE AVEC AUTOPSIE, CONSIDERATION SUR SA PATHOGENIE. En collaboration avec M. . MOUISSET & BOUCHUT. Revue de Médecine, 10 Décembre 1911

Dans ce travail, nous avons poussé très loin la critique du rôle qu'il faut attribuer aux lésions organiques dans la pathologie de l'épilepsie tardive.

Sans nier, bien loin de là, une étroite parenté, voire même une similitude, entre l'épilepsie sénile et l'épilepsie juvénile, nous avons voulu limiter notre étude à la première d'entre elles, parce qu'elle fournit des bases plus tangibles à la discussion. Il s'agissait d'un malade qui paraît bien avoir présenté pour la première fois l'épilepsie à l'âge de 56 ans. Mais, n'ayant eu de renseignements que du malade, et celui-ci étant devenu aphasique lors de sa première crise, véritable état de mal, nous ne savons pas s'il n'était pas, au fond, atteint d'une épilepsie juvénile larvée. Il mourut au bout de trois ans, dans un état

on le premier rôle après l'intelligence.

UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
WASHINGTON, D. C. 20535

[illegible]

de mal, peu de crises pendant ces trois ans; aucune paralysie. L'autopsie montre un ramollissement ancien de la région de Wernicke du côté gauche. Pas de lésions dans la zone motrice. Histologiquement, dans tous les fragments, qu'ils soient pris dans des régions indemnes de tout ramollissement, comme par exemple, le pôle frontal, ou dans les régions ramollies, on constate des lésions très nettes d'encéphalite aiguë diapédétique et congestive; en outre, comme résidus de lésions antérieures, des amas de cristaux d'hématoidine se voient même dans le pôle frontal exempt de ramollissement.

Nous faisons tout d'abord remarquer que, chez ce malade anatomo-pathologiquement, nous ne trouvons aucune cause de thromboses artérielles ou veineuses, ou d'embolies. Son ramollissement échappait donc à la pathogénie si absolue, formulée autrefois par Virchow, classique depuis, et dans laquelle tous les ramollissements se formaient par le mécanisme de l'embolie ou de la thrombose. Étendant plus largement encore le domaine de l'encéphalite, nous attribuons à une encéphalite ce ramollissement, l'oblitération des capillaires faisant partie intégrante de tout processus inflammatoire. Nous disions que nous comprenions l'encéphalite comme un processus inflammatoire tissulaire dans lequel tous les éléments nobles, conjonctifs et vasculaires du tissu, souffrent

de mai, non de crises pendant les
paralytiques. L'analyse de ces crises
de la région de l'arrière du crâne, de la
région dans la zone cervicale, de la
les ligaments, qu'ils soient pris dans le
démont de tout ramollissement, comme on
pôle frontal, ou dans les régions
tête des lésions très nettes d'hyperémie
pédiculaires et congestives; en outre, les
lésions antérieures, des zones de l'arrière
se voient même dans le pôle frontal, comme on
sement.

Non, il s'agit d'abord tout autre chose, et
anatomie-pathologique, nous ne devons pas
se de thrombose artérielle en l'absence de
non ramollissement (ou peut-être dans le
seine, l'artère antérieure par exemple, les signes de
et dans laquelle les lésions sont localisées
par le mécanisme de l'embolie ou de la thrombose.
étant plus largement en rapport avec les lésions
nous attribuons à une zone de ramollissement
l'oblitération des capillaires et les parties infé-
rieures de tout processus inflammatoire. Les lésions que
nous comprenons l'hyperémie comme un processus in-
flammatoire transitoire dans lequel tous les éléments
nobles, conjonctifs et vasculaires de l'axe, sont en

simultanément et d'emblée; des thromboses se produisent, mais elles intéressent d'abord et surtout les capillaires et diffèrent ainsi des autres processus nécrotiques, thrombotiques ou emboliques, dans lesquels le tissu ne souffre que consécutivement à l'ischémie réalisée par l'oblitération d'un vaisseau de calibre plus ou moins grand.

Nous attribuons aussi à une encéphalite aiguë la plus de petites cellules rondes qui occupait tout l'hémisphère gauche, même en dehors et très loin des zones anciennement ramollies. Mais, il y avait deux objections qu'on pouvait nous faire et que nous avons réfutées. Pourquoi l'encéphalite aiguë constatée n'aurait-elle pas été "réactionnelle", secondaire au ramollissement ? - Parce qu'elle existait aussi en des points, par exemple le pôle frontal, manifestement très éloignés de tout foyer ramolli.

Il est difficile d'admettre qu'une encéphalite "réactionnelle" puisse se développer là

[illegible]

Nous attribuons aussi à une
 ligne la suite de petites colonnes
 occupant tout l'hémisphère gauche.
 Nous et très loin des zones antérieures
 l'ant. et il y avait deux objections
 pouvait nous faire et que nous avons
 pour nous l'antériorité ligne nous
 elle par des "résultats", nous
 ramolissement ? - nous l'antériorité
 et on des points, par exemple
 ramolissement type l'ant. et tout

— "The first thing I noticed was that the car was very noisy." —

où il n'y a point de foyer de nécrose et si loin du foyer principal. Pourquoi, en second lieu, cette pluie de petites cellules rondes que nous appelons "encéphalite" ne serait-elle pas le résultat de la congestion énorme du cerveau liée à l'état de mal dans lequel le malade avait succombé? - Parce que cette diapédèse, physiologiquement en quelque sorte, n'existe pas, comme nous le démontrons dans le travail suivant, en créant de la congestion encéphalique et un état de mal épileptique au moyen de l'absinthe et en étudiant l'éclampsie. Pour nous, c'est bien une encéphalite aiguë qui a conditionné l'état de mal ultime de notre malade; elle était le réveil d'une encéphalite ancienne, incomplètement éteinte, qui avait créé son ramollissement et son premier état de mal épileptique. Dans l'intervalle, ses crises isolées étaient déterminées, soit par de petites poussées encéphalitiques nouvelles et légères, soit par de simples troubles circulatoires passagers, faciles à déclencher dans ce cerveau si altéré.

Nous avons abordé alors l'examen critique du rôle des lésions du cerveau dans l'épilepsie sénile. Nous montrons successivement: 1° que les lésions appa-

et il n'y a point de foyer principal. Toutefois, en examinant, cette
guise de petites cellules rondes ou ovales, on voit
"enophallite" ne serait-elle pas le résultat de la
congestion énorme du cerveau liée à l'état de mal.
dans lequel le malade avait succombé. - Mais que
cette disposition, physiologiquement anormale, soit
n'existe pas, comme nous le démontrons dans la ty-
velli suivant, en examinant la congestion enophallite
que se voit au mal épileptique au moment de l'é-
pisode et en étudiant l'épilepsie. Pour nous, c'est
bien une enophallite aiguë qui a conditionné l'é-
tat de mal puisque de notre malade elle était la source
d'une enophallite chronique, inconstamment épi-
que avait été son développement et son premier
état de mal épileptique. Dans l'intervalle, ses
accès étaient épileptiques et, tout par la suite
poussées enophallitiques nouvelles et légères, so-
par de simples troubles circulatoires passagers,
elles se déclenchent dans ce cerveau et à l'épilep-
sion avec après elle l'examen critique
rôle des lésions du cerveau dans l'épilepsie. En
Nous montrons successivement: 1° que les lésions

rentes et grossières (tumeurs, ramollissements, etc.) quel que soit leur siège, dans la sône motrice, ou en dehors d'elle, ne sont pas suffisantes à elles seules, bien que très souvent utiles, pour l'établissement de l'épilepsie. 2° que les altérations histologiques fines, celles de l'encéphalite par exemple, sont dans le même cas; il peut y avoir encéphalite sans épilepsie; 3° qu'il faut un terrain, une prédisposition, n'est pas épileptique qui veut; tous les organismes, en face des mêmes lésions, ne sont pas égaux et ne feront pas tous de l'épilepsie.

Nous nous demandons alors en quoi consiste ce terrain, cette prédisposition qui désigne parmi des malades atteints des mêmes altérations cérébrales, ceux qui seront épileptiques. Et nous concluons que trois théories sont en présence, dont aucune n'est exclusive: 1° la théorie de Ferré, pour qui il s'agit d'une hérédité directe ou de transformation,- 2° la théorie de Pietret, de P. Marie, pour lesquels la prédisposition est acquise postérieurement à la naissance et réside dans des lésions légères, infectieuses, des centres nerveux moins résistants héréditairement aux causes pathologiques; 3° la théorie de Gilles de la Tourette, pour qui la prédisposition est congénitale et réside,- c'est là son point original,- dans la transmission héréditaire d'une hyperexcitabilité motrice du cerveau.

Il reste évidemment bien entendu, que si nous sommes partisan de l'organicité de l'épilepsie tardive dans tous les cas, nous ne considérons l'encéphalite que comme l'une des causes qui peuvent la produire et nous admettons bien les épilepsies toxiques. En outre, la lésion, quelle qu'elle soit, peut provoquer des crises par action directe ou par un mécanisme réflexe:-

- 1°- ETAT HISTOLOGIQUE DU CERVEAU HUMAIN DANS DEUX CAS MORTELS D'ETAT DE MAL EPILEPTIQUE. En collaboration avec M. Bouehat. XII^e Congrès Français de Médecine Lyon 1911.
- II. RECHERCHES EXPERIMENTALES SUR L'ETAT HISTOLOGIQUE DU CERVEAU DU CHIEN DANS L'ETAT DE MAL EPILEPTIQUE PROVOQUE PAR L'ABSINTHE. En collaboration avec M. Bouehat XII^e Congrès Français de Médecine, LYON 1911;
- III. ETAT HISTOLOGIQUE DU CERVEAU HUMAIN DANS UN CAS MORTAL D'ECLAMPSIE. En voie de Publication.

1. Dans le cerveau de deux malades soignées dans les Services de M.M. Houissot & Pôhu, Médecins des Hôpitaux, et morts en état épileptique après avoir présenté respectivement pendant trois ans et onze ans une épilepsie tardive typique, nous avons trouvé une accumulation considérable de cellules jeunes dans l'épaisseur du parenchyme cérébral, accumulation diffuse, généralisée aux deux hémisphères, sans méningite.

Il reste évidemment bien entendu, que si nous
sommes partisans de l'organisation de l'économie
dans son ensemble, nous ne considérons l'organisation
des services sociaux que comme un aspect de l'organisation
générale de l'économie. En outre, nous admettons bien
que les questions de détail, qui se posent, peuvent
être résolues, mais qu'il n'y a pas de solution
générale, qui ne soit elle-même une question de
détail.

1. - Nous admettons que l'organisation de l'économie
est une question de détail, et que l'organisation
des services sociaux est une question de détail.
Mais nous admettons aussi que l'organisation
des services sociaux est une question de détail.
Enfin, nous admettons que l'organisation
des services sociaux est une question de détail.

2. - Nous admettons que l'organisation de l'économie
est une question de détail, et que l'organisation
des services sociaux est une question de détail.
Mais nous admettons aussi que l'organisation
des services sociaux est une question de détail.
Enfin, nous admettons que l'organisation
des services sociaux est une question de détail.

3. - Nous admettons que l'organisation de l'économie
est une question de détail, et que l'organisation
des services sociaux est une question de détail.
Mais nous admettons aussi que l'organisation
des services sociaux est une question de détail.
Enfin, nous admettons que l'organisation
des services sociaux est une question de détail.

4. - Nous admettons que l'organisation de l'économie
est une question de détail, et que l'organisation
des services sociaux est une question de détail.
Mais nous admettons aussi que l'organisation
des services sociaux est une question de détail.
Enfin, nous admettons que l'organisation
des services sociaux est une question de détail.
Enfin, nous admettons que l'organisation
des services sociaux est une question de détail.

Avant d'admettre qu'il s'agisse sûrement là d'une encéphalite, il fallait savoir si cette infiltration de cellules jeunes ne pourrait pas être en quelque sorte, un phénomène physiologique, lié par exemple à une diapédèse abondante, s'effectuant à la faveur et sous l'influence de la vaso-dilatation des vaisseaux du cerveau pendant les crises subintrantes. Cet état histologique qui nous a frappés, a déjà été vu et décrit par différents auteurs; mais, et c'est là un point original de notre travail, on n'avait pas songé à vérifier s'il n'était pas, par hasard, un effet des accès plutôt que leur cause.

2 Pour cela, nous avons examiné histologiquement le cerveau d'un sujet mort d'une encéphalite hémorragique avec vastes hémorragies en foyers de la corticale et ayant eu, pendant les trente-six heures qui se sont écoulées entre l'ictus et la mort, une dizaine de crises épileptiques généralisées; or, en dehors des régions avoisinant les foyers sanguins et où siégeait une encéphalite localisée, il n'y avait pas d'infiltration embryonnaire diffuse généralisée; celle-ci aurait dû exister si un pareil état histologique était sous la dépendance des crises.

11.- Nous avons, d'autre part, dans le Laboratoire du professeur Roque, expérimenté sur deux chiens.

Chien A, 13 kilos, état de mal épileptique par injection intraveineuse d'essence d'absinthe; 15 crises en une heure et demie; mort.

Avant d'arriver au point de vue de la
neurologie, il faut savoir que la
tension de ces fibres nerveuses ne peut être
que forte, un phénomène physiologique, et
une réaction abondante, et cela est
sans l'influence de la vaso-motricité
du cerveau pendant les crises épileptiques.
La physiologie, qui nous a appris, a dit, et
qui par différents auteurs; mais, il faut
expliquer la nature de la, on n'a pas pu
lier s'il n'était pas, par exemple, un
point de vue.

Pour cela, nous avons examiné la
la tension d'un sujet dont la tension
globe des ventricles à l'origine de la
littérature, et nous avons vu que la
se sont trouvées dans la même
de crises épileptiques, et que la
tension existait les deux fois, et que
une épilepsie localisée, et que la
tion embryonnaire était la même; et
et existait et un point de vue de la
la à l'égard des crises.

II. - Nous avons, d'autre part, dans la
toute de l'expérience, et nous avons
obtenir, et la tension, et la physiologie
l'attention dans les crises épileptiques; et
et dans les crises.

Chien B, 15 kilos, état de mal épileptique par le même procédé; 24 crises en vingt-quatre heures; mort.

Dans les deux cas, la mort est survenue dans un vrai état de mal et le cerveau ne présentait pas d'infiltration leucocytaire autour ou en dehors des vaisseaux.

III. - Nous avons, dans ce travail, examiné toujours au point de vue qui nous préoccupait, l'état histologique de l'encéphale. Le malade avait succombé à la suite d'un véritable état de mal épileptique. Si véritablement le cerveau est indemne, c'est que les crises épileptiques, aussi nombreuses, aussi répétées, ne parviennent pas à essaimer des globules blancs. Or, le cerveau était absolument sain, à ce point de vue, du côté droit comme du côté gauche et chaque hémisphère l'était dans toutes ses parties.

Nous concluons donc de ces recherches, toutes concordantes: 1° que la vaso-dilatation déterminée par les crises épileptiques généralisées n'est pas capable de conditionner à elle seule une extravasation abondante de globules blancs dans le parenchyme cérébral; 2° que lorsque, chez les malades, morts en état de mal, on rencontre une infiltration leucocytaire diffuse et généralisée aux hémisphères, il ne faut pas interpréter cette lésion comme un effet des crises, mais comme un état inflammatoire tenant sous sa dépendance les crises subintrantes;

1. The first part of the report is a general introduction to the subject of the study. It discusses the importance of the study and the objectives of the research. It also provides a brief overview of the methodology used in the study.

III - The above information is being furnished to you for your information and is not to be used for any other purpose.

Il est évident que le régime de la propriété foncière, tel qu'il est actuellement, est en contradiction avec les principes de la justice sociale. La réforme agraire est donc une nécessité absolue. Elle doit viser à redistribuer la terre de manière à assurer à tous les citoyens le droit de posséder un terrain suffisant pour leur subsistance et pour leur développement. Cette réforme doit être menée à bien par le pouvoir législatif, en collaboration avec les autorités locales et les organisations paysannes. Elle doit être accompagnée de mesures de soutien technique et financier pour permettre aux paysans de cultiver leur terre efficacement. La réforme agraire est une condition essentielle pour la réalisation d'une société plus juste et plus prospère.

[illegible]

3° les faits que nous rapportons plaident en faveur de l'organocité de l'état de mal épileptique. Mais, il reste bien entendu qu'il reste des états de mal épileptique ou éclamptique où des lésions histologiques du cerveau ne sont pas apparentes par les techniques actuelles: à côté des états de mal épileptique par encéphalite diffuse, il y a des épilepsies toxiques et des épilepsies réflexes.

TUBERCULOSE MENINGÉE ET ÉPILEPSIE JACKSONIENNE. En collaboration avec M. Chalier. Province Médicale Juin 1913.

La relation de ce cas est intéressante en raison de la symptomatologie présentée.

HÉMIPLÉGIE SYPHILITIQUE CHEZ UNE FOTIQUE. En collaboration avec M. Chalier. Lyon Médical Juin 1913.

MÉNINGO-ENCÉPHALITE SYPHILITIQUE AIGUE. Société Médicale des Hôpitaux, 6 Juin 1911. En collaboration avec M.M. Chalier et Rebatta.

L'étiologie des encéphalites aiguës non suppurées, ainsi que des méningo-encéphalites de même ordre, après les belles études de Strumpell, Leichsteintern, Oppenheim, Hayem, Cornil et Durante, Marat, Chartier, Laignel-Lavastine, Roger Voisin, etc.. apparaît comme très variable; elle s'est enrichie de la syphilis depuis les travaux de Dieulafoy, Nicolsky, Bianconi et Seglas, etc. Notre cas en est un exemple.

Les faits que nous venons d'établir nous permettent de constater que l'organisation de l'Etat de nos jours est une organisation qui a subi de profondes transformations. Les institutions qui ont été créées au cours de ces transformations sont des institutions qui ont été créées par les hommes et qui sont destinées à servir les hommes. Elles sont donc des institutions qui ont été créées par les hommes et qui sont destinées à servir les hommes.

La relation de ce que nous venons d'établir nous permet de constater que l'organisation de l'Etat de nos jours est une organisation qui a subi de profondes transformations. Les institutions qui ont été créées au cours de ces transformations sont des institutions qui ont été créées par les hommes et qui sont destinées à servir les hommes.

Les faits que nous venons d'établir nous permettent de constater que l'organisation de l'Etat de nos jours est une organisation qui a subi de profondes transformations. Les institutions qui ont été créées au cours de ces transformations sont des institutions qui ont été créées par les hommes et qui sont destinées à servir les hommes.

Les faits que nous venons d'établir nous permettent de constater que l'organisation de l'Etat de nos jours est une organisation qui a subi de profondes transformations. Les institutions qui ont été créées au cours de ces transformations sont des institutions qui ont été créées par les hommes et qui sont destinées à servir les hommes.

MYOCLONIE CHEZ UN VIEILLARD, UN CAS AVEC AUTOPSIE:

MENINGO-ENCEPHALO-MYELITIS CHRONIQUE.

En collaboration avec M. le Professeur PAVIOT

Revue de Médecine, 10 Juin 1908.

La pathogénie et l'anatomo-pathologie des myoclonies est encore passablement obscure. Aussi l'examen du cerveau du malade qui fit l'objet de ce mémoire nous paraît-il d'un certain intérêt. Les lésions observées étaient celles d'une méningo-encéphalite chronique et, comme la moëlle y participait, le substratum anatomique de la myoclonie nous paraît être ici une méningo-encéphalo-myélite chronique.

MENINGITE LATENTE CHEZ LES PNEUMONIQUES. Société des Sciences médicales 12 Mai 1909. En collaboration avec M. Mouisset.

Trois observations particulièrement démonstratives, nous ont permis d'établir que, parmi les complications de la pneumonie, la méningite est assez fréquente (4 fois sur 12) et demande à être recherchée, car elle existe souvent sans aucune symptomatologie, ou avec un seul symptôme: la céphalée. Aussi passe-t-elle souvent inaperçue si, à l'autopsie, on n'ouvre pas systématiquement la boîte crânienne de tout pneumonique.

MENINGITE CEREBRO-SPINALE A PNEUMOCOQUES. PNEUMOCOCCÉMIE.

Société Médicale des Hôpitaux. 16 Janvier 1912.

En collaboration avec M.M. Chalier et Hazel.

La collaboration avec le Service de l'Éducation
a été très fructueuse. Les résultats de la
recherche ont été présentés à la Commission
de l'Éducation, le 15 mai 1969.

Les pathologies et les anomalies
généralisées ont été soigneusement observées. Les
malades ont été soignés et les résultats de la
recherche ont été présentés à la Commission
de l'Éducation, le 15 mai 1969. Les
résultats de la recherche ont été présentés
à la Commission de l'Éducation, le 15 mai 1969.

Les résultats de la recherche ont été présentés
à la Commission de l'Éducation, le 15 mai 1969.

Trois observations particulièrement
intéressantes ont été faites. Les résultats de la
recherche ont été présentés à la Commission
de l'Éducation, le 15 mai 1969. Les
résultats de la recherche ont été présentés
à la Commission de l'Éducation, le 15 mai 1969.

Les résultats de la recherche ont été présentés
à la Commission de l'Éducation, le 15 mai 1969.

MENINGITE CÉRÉBRO-SPINALE À PNEUMOCOQUES SIMULANT
L'URÉMIE. ENDOCARDITE AIGUE MICRO-VÉGÉTANTE
À PNEUMOCOQUES. Société Médicale des Hôpitaux.
6 Février 1912. - En collaboration avec M.M. LEVY
et CHALIER.

DOUBLE HÉMATOME DE LA DURE-MÈRE. En collaboration
avec M. CHALIER. Revue Internationale de
Médecine et de Chirurgie. Juin 1913.

REUNION IT, V. 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

1000-1000, 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

1000-1000, 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

1000-1000, 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

1000-1000, 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

REUNION IT, V. 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

1000-1000, 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

1000-1000, 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

REUNION IT, V. 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

1000-1000, 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

REUNION IT, V. 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

1000-1000, 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

REUNION IT, V. 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

1000-1000, 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

REUNION IT, V. 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

1000-1000, 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

REUNION IT, V. 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

1000-1000, 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

REUNION IT, V. 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

1000-1000, 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

REUNION IT, V. 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

1000-1000, 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

REUNION IT, V. 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

1000-1000, 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000

II. MOÛLLE

DE LA CONSERVATION ET DU RETOUR DES REFLEXES ROTULIENS
DANS LE TABES DORSALIS, A PROPOS D'UN MALADE
ATTEINT DE CRISES GASTRIQUES TABETIQUES.

En collaboration avec M. Chaliel, Nouvelle
Iconographie de la Salpêtrière. Janvier 1918.

De ce travail, nous nous sommes cru autorisé
à dégager les conclusions suivantes:

1. Il existe des tabès avec conservation des réflexes rotuliens; le signe de Westphal est inconstant, il peut apparaître précocement et sa valeur diagnostique est alors immense. Par contre, il peut ne se manifester que tardivement. Aussi la conservation des réflexes patellaires ne doit-elle pas empêcher, dans des cas fort rares à la vérité, de porter le diagnostic de tabès, si d'autres symptômes y invitent.

II. - La présence ou l'absence du signe de Westphal est uniquement subordonné à la localisation anatomique de la lésion.

Quand ce signe existe, la lésion intéresse, à la région dorsolombaire de la moëlle, une zone exactement définie, appelée "zone d'entrée des racines de Westphal".

11. The first of these is the fact that the
 12. The second is the fact that the
 13. The third is the fact that the
 14. The fourth is the fact that the
 15. The fifth is the fact that the

16. The sixth is the fact that the
 17. The seventh is the fact that the
 18. The eighth is the fact that the
 19. The ninth is the fact that the
 20. The tenth is the fact that the
 21. The eleventh is the fact that the
 22. The twelfth is the fact that the
 23. The thirteenth is the fact that the
 24. The fourteenth is the fact that the
 25. The fifteenth is the fact that the

26. The sixteenth is the fact that the
 27. The seventeenth is the fact that the
 28. The eighteenth is the fact that the
 29. The nineteenth is the fact that the
 30. The twentieth is the fact that the
 31. The twenty-first is the fact that the
 32. The twenty-second is the fact that the
 33. The twenty-third is the fact that the
 34. The twenty-fourth is the fact that the
 35. The twenty-fifth is the fact that the

Cette zone peut rester intacte dans quelques cas rares et le signe de Westphal manque, alors que le tabes est cliniquement et anatomiquement très caractérisé. D'autre part, cette zone peut être seule atteinte et le signe de Westphal exister sans qu'il y ait aucune des autres lésions médullaires du tabes. Est-ce une lésion de la zone d'entrée des racines qui expliquerait, chez certains sujets absolument bien portants, l'abolition des réflexes patellaires que l'on constate parfois ?- C'est là une hypothèse vraisemblable. En tous cas, des lésions portant ailleurs que sur cette région pourraient aussi entrer en ligne de compte pour expliquer le phénomène.

III.- Dans le cours d'un tabes, les réflexes rotuliens après avoir été abolis, peuvent réapparaître dans trois circonstances principales: après une hémiplegie, après le développement d'une amaurose, après un traitement spécifique, hygiénique et tonique.

Le mécanisme par lequel se fait ce retour n'est pas tout-à-fait le même dans ces diverses circonstances.

A la suite du traitement, on peut penser qu'il s'est produit une amélioration anatomique des fibres nerveuses malades et une amélioration des fonctions nerveuses en général. L'influx, autrefois incapable de passer dans des conducteurs altérés, deviendrait capable

entre les deux, on voit tout d'abord que les deux courbes sont très voisines, et qu'elles se rejoignent à l'origine. On voit aussi que la courbe de la fonction $f(x)$ est toujours au-dessus de la courbe de la fonction $g(x)$, ce qui est en accord avec les résultats obtenus précédemment.

III. - Dans la cour de la prison, les détenus ont
pu avoir des abris, pourvus de nourriture et de
vêtements appropriés; les soins médicaux ont été
donnés à temps d'une manière adéquate, et les
détenu, hygiène et tout.

[illegible]

1. In 1911, a treaty was signed between the United States and the Government of the Republic of Cuba, which provided for the establishment of a consular office in Havana, Cuba. The treaty also provided for the establishment of a consular office in Santiago de Cuba, Cuba. The treaty was signed on January 2, 1911, and it was ratified by the United States Senate on March 1, 1911. The treaty was signed by the President of the United States, Woodrow Wilson, and the Prime Minister of Cuba, Antonio Guiteras.

de le faire, trouvant devant lui des voies moins défectueuses.

Après l'apparition de la cécité, dans le cas, de préférence, où le malade est possesseur d'une activité intellectuelle suffisante, la concentration de l'attention et le développement de l'exercice des appareils de perception, phénomènes qui peuvent suivre la privation de la vue, réalisent sans doute, par une sorte de mise en tension des éléments nerveux, des conditions plus favorables au passage à travers la moëlle, de courants nerveux renforcés et plus nombreux, ainsi qu'à leur utilisation par la moëlle, en vue des actes réflexes.

Enfin, le retour des réflexes rotuliens, après qu'une hémiplegie s'est installée chez un tabétique, serait un effet de l'irritation que subit le faisceau pyramidal à la suite de la lésion cérébrale et qui, par un mécanisme encore mal précisé, mettrait en tension le neurone moteur.

Dans toutes les circonstances, une condition est absolument nécessaire pour que les réflexes rotuliens réapparaissent: il faut que les voies anatomiques ne soient pas complètement ni définitivement détruites, que l'abolition des réflexes rotuliens ne soit absolue qu'en apparence et n'existe que parce que les excitations habituelles sont devenues insuffisantes, par suite de l'état pathologique des voies. Si ces voies s'améliorent

de la faire, toujours devant lui des votes moins dé-
favorables.

Après l'apparition de la société, dans la
de préférence, où la machine est nécessaire à une action
intellectuelle : réflexion, la concentration de l'effort
et le développement de l'activité des organes de la
tion, phénomènes qui peuvent suivre la privation de la
vie, réalisant une sorte de mise en état
tion des éléments nerveux, des conditions plus favorables
plus au passage à travers la machine, de conditions nerveuses
renture et plus complexes, ainsi qu'à leur utilisation
par la machine, en vue des actes réflexes.

Enfin, la retour des réflexes volontaires,
qu'une déviation n'est installée chez un individu, a
fait un effet de l'irritation que subit la machine, a
mène à la suite de la lésion a-t-elle et fut, par un
mécanisme encore mal précisé, conduit au retour de la
zone motrice.

Dans toutes les circonstances, une déviation
est absolument nécessaire pour ne pas voir les réflexes
réapparaître : il faut que la zone anatomique ne
soient pas complètement ni éliminativement détruite,
l'abolition des réflexes volontaires ne soit absolue qu'
lorsqu'on se rend compte que les excitations in-
directes sont devenues insuffisantes, par suite de l'
est pathologique des volées à ces votes s'amoindrisant

ou si les excitations qui circulent dans le système nerveux augmentent, les réflexes peuvent réapparaître.

Mais, en aucun cas, ils ne sont capables de retour si les voies anatomiques sont complètement et définitivement détruites.

IV - La pathogénie des crises gastriques dans le tabes est encore à l'étude. L'estomac est exceptionnellement sain. Des altérations sont, les unes indépendantes du tabes (tumeurs par exemple) les autres contemporaines ou consécutives aux crises et au tabes, et leur étant liées d'une manière encore mal connue.

On ne connaît pas de lésions gastriques susceptibles d'être regardées comme seule et unique cause de crises gastriques analogues à celles du tabes; des crises violentes ressemblant beaucoup à celles du tabes sont observées parfois dans l'hyperchlorhydrie, mais certains auteurs qui se sont occupés de la question, pensent que l'hyperchlorhydrie n'atteint ce degré que chez les sujets à tabes latent.

En tous cas, les gastropathies, si elles ne sont ni la cause principale, ni la conséquence, encore moins la cause unique des crises tabétiques, interviennent grandement pour les déclencher et les entretenir, les rendre plus fréquentes, plus tenaces et plus intenses.

Quant à la part du système nerveux, elle demande à être précisée par de nouvelles recherches. Les Crises

on et les excitations qui entraînent dans la région
supérieure, les réflexes peuvent être observés.

Enfin, on a vu que, dans les cas où les
réflexes et les volons musculaires sont complètement
différents.

IV - La pathologie des organes génitaux
tabes est encore à l'étude. L'extension est très variable
ment entre les affections. Les lésions sont, à la fois, dans
tabes (tabes parasympathique) les autres (tabes parasympathique)
conduites en elles et en tabes, et pour être
d'une manière encore mal connue.

On ne connaît pas la lésion exacte
certaines d'être regardées comme des lésions de la
et les lésions analogues à celles de la région
volontaire correspondant à la lésion de la région
certaines parties dans l'hyperostose, mais en fait
tous ne sont pas de la même nature, mais en fait
pathologique n'est pas de la même nature, mais en fait
tabes lésion.

En fait, les lésions, et les
sont à la fois principales, et les lésions, et les
sont la lésion principale, et les lésions, et les
également pour les lésions de la région, et les
sont les lésions, et les lésions, et les lésions.

ne sont pas toujours parallèles et proportionnelles aux lésions radiculo-médullaires. On peut penser que les lésions des nerfs périphériques (névrites primitives du sympathique et du vague) peuvent avoir, dans la pathogénie du syndrome, une plus grande importance que les lésions radiculaires.

COMPRESSION DE LA MOELLE CERVICALE PAR TUMEUR MÉNINGÉE:

QUADRIPLEGIE. En collaboration avec M. CHALIER.

Bulletin Médical. Juin 1918 -

ne vent pas toujours parallèle et que les
lignes radio-électriques. On peut donc se
l'absence des nets par l'absence (autres parties)
apparaît au et on verra) peuvent avoir, dans la même
de du système, une plus grande importance que les li-
gnes radio-électriques.

On voit que la méthode d'analyse est la même
pour les lignes radio-électriques et les lignes
radio-électriques. La collaboration avec le
Bureau National. Juin 1913 -

III . NERFS PERIPHERIQUES

1. CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PARALYSIES ALCOOLIQUES:

FORMES LOCALISEES A LA MAIN (3 Cas) .

Province Médicale. 19 Octobre 1907.

En collaboration avec M. le Professeur ROUJ.

II. UN CAS DE PARALYSIE ISOLEE DU LONG EXTENSEUR PROPRE DU POUCE. En collaboration avec M. OLIVET. Société Médi- cale des Hôpitaux, 6 Mars 1913 et Nouvelle Iconogra- phie de la Salpêtrière- Mai-Juin 1913.

1.- Les paralysies alcooliques sont bien connues depuis les travaux de Lancereaux, Charcot, Pitres, Carpentier, Oettinger, Boissvert, Couraud, etc.. Mais, les trois observations que nous avons recueillies apportent à la question un élément nouveau: l'électro-diagnostic. La valeur de l'examen des réactions électriques prend de jour en jour plus d'ampleur. Nous avons montré que l'ébauche de D.R. demande pour apparaître, une vingtaine de jours environ; avant cette date, nous n'avons obtenu que de l'hyper ou de l'hypoexcitabilité au courant faradique dans les groupes musculaires paralysés, mais pas d'ébauche de D.R., ni, à fortiori, une D.R. typique. La D.R. pourrait même vraisemblablement ne jamais

apparaître, même ébauchée, si la paralysie est bénigne et s'améliore en vingt ou trente jours, bref rapidement. C'est ce qui s'est produit chez deux de nos malades. L'examen électrique sert donc à faire le pronostic de ces paralysies. Le seul cas où le trouble moteur n'ait subi aucune amélioration dans le service, fut précisément celui où la D.R. était ébauchée.

Ce point mis à part, sur lequel nous tenions à insister, les paralysies que nous avons observées, n'ont présenté que des particularités déjà connues: début épileptiforme; absence presque complète de douleurs, réduction au minimum des troubles de la sensibilité, prédominance manifeste des troubles moteurs; enfin, localisation de la paralysie sur les muscles assurant les mouvements d'extension de la main sur le poignet et des doigts sur la main: ce sont des paralysies de l'extension du type radial. Le nombre de telles observations est encore très restreint.

11.- Nous avons observé, quelques années plus tard, une localisation plus étroite, encore de la paralysie alcoolique. Elle n'a frappé chez ce malade que le long extenseur propre du pouce. Ici encore, l'examen électrique nous a été très utile. Il a permis d'éliminer l'hystérie, il a montré l'absence complète de toute excitabilité dans le muscle paralysé, alors que tous les autres nerfs et muscles étaient normaux. Cette inexcitabilité absolue, nous paraît traduire une

[illegible]

Ce point est à part, une autre question se pose :
 la question de la responsabilité des auteurs.
 On ne peut pas dire que les auteurs soient responsables
 de la diffusion de la propagande. Ils ne sont que les
 instruments de la propagande. La responsabilité est
 celle de ceux qui ont organisé la propagande et qui
 ont utilisé les auteurs pour la diffusion de la propagande.
 La responsabilité est donc celle des dirigeants et
 des organisateurs de la propagande.

11. - How soon after the death of the victim was the body found? The body was found on the morning of the 12th of the month, at the place where it was found.

dégénérescence nerveuse arrivée au dernier degré de son évolution, et ayant entraîné une atrophie musculaire à peu près de toutes les fibres. Enfin, il fait le pronostic: nous pouvons affirmer que cette paralysie est incurable et, à trois mois de distance, elle est; de fait, aussi marquée qu'au premier jour.

Comme circonstances étiologiques, nous n'avons relevé que le surmenage qui s'est effectué pendant trente-trois ans et une intoxication professionnelle générale chronique par l'alcool et l'essence de térébenthine d'une durée de trente-trois ans. Le malade cirait les meubles chez un collectionneur et tous les jours, deux à trois heures par jour, il avait les mains en contact avec l'essence de térébenthine qu'il mêlait à un peu d'alcool et ses voies respiratoires exposées à leurs vapeurs. C'est un bel exemple d'une intoxication générale chronique légère par l'alcool localisant ses méfaits sur le muscle le plus surmené.

Ce cas n'en rappelle aucun autre identique déjà publié, croyons-nous. Mais, il se rapproche des paralysies isolées du muscle grand dentelé décrites, entre autres par H.M. SOUQUES et CASTAIGNE; et aussi des paralysies des pouces chez les tambours. Nous soupçonnons beaucoup de ces cas d'être des exemples d'une intoxication générale chronique légère par l'alcool localisant son action sur le muscle le plus surmené.

1. The first of these is the fact that the
2. second is the fact that the
3. third is the fact that the
4. fourth is the fact that the
5. fifth is the fact that the
6. sixth is the fact that the
7. seventh is the fact that the
8. eighth is the fact that the
9. ninth is the fact that the
10. tenth is the fact that the

1. The first of these is the fact that the
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.
 8.
 9.
 10.
 11.
 12.
 13.
 14.
 15.
 16.
 17.
 18.
 19.
 20.
 21.
 22.
 23.
 24.
 25.
 26.
 27.
 28.
 29.
 30.
 31.
 32.
 33.
 34.
 35.
 36.
 37.
 38.
 39.
 40.
 41.
 42.
 43.
 44.
 45.
 46.
 47.
 48.
 49.
 50.
 51.
 52.
 53.
 54.
 55.
 56.
 57.
 58.
 59.
 60.
 61.
 62.
 63.
 64.
 65.
 66.
 67.
 68.
 69.
 70.
 71.
 72.
 73.
 74.
 75.
 76.
 77.
 78.
 79.
 80.
 81.
 82.
 83.
 84.
 85.
 86.
 87.
 88.
 89.
 90.
 91.
 92.
 93.
 94.
 95.
 96.
 97.
 98.
 99.
 100.

On the 1st of January 1900, the
British Government, by the
Treaty of Commerce and Consular
Rights, granted to the
United States of America, the
right to establish a consular
office in the city of
Hankow, in the province of
Hubei, in the Kingdom of
China.

POLYNEURITE DIPHTÉRIQUE A FORME MALADIE DE LANTREY

En collaboration avec M. Chalier

Progrès Médical 1913.

Cette Observation a pour sujet un malade entré dans le service du Professeur Rogue, pour une angine en voie de guérison, qui avait été diagnostiquée par son médecin, angine diphtérique; une paralysie du voile du palais, une éruption de roséole caractéristique d'une syphilis secondaire; enfin une albuminurie très nette.

Le traitement par le bioclure de mercure et par le sérum antidiphtérique en injections sous-cutanées fut aussitôt commencé. Mais, tandis que l'albuminurie disparaissait, la paralysie s'accroissait rapidement, prenant une marche extensive, envahissant successivement les membres inférieurs, les membres supérieurs, accompagnée de quelques phénomènes douloureux et de troubles de la sensibilité. Enfin, la paralysie du diaphragme et des muscles de la respiration mit un terme à la vie du malade. A l'autopsie, tous les nerfs périphériques, ainsi que le phrénique et le pneumogastrique, présentèrent les lésions typiques de la névrite parenchymateuse segmentaire péri-axile. Les cellules des cornes antérieures des divers étages de la moëlle étaient intactes.

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DE LA

IN COLLABORATION AVEC LE

PROFESSEUR

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DANS LE SERVICE DU PROFESSEUR

EN VOIE DE GUÉRISON, QUI AVEAIT

SON MÉDECIN, AINSI QUE DIVERSES

VOIES D'ÉTUDE, AINSI QUE DIVERSES

DES ÉTUDES ÉPILÉPTIQUES; AINSI QUE DIVERSES

NOTES.

Le traitement par le

autres médicaments en un

ne s'est compliqué, mais, dans

particulier, la période d'observation

est une marche extensive, avec

les membres inférieurs, les

général de ces deux membres

la remédiation, ainsi, la

études de la respiration

à l'égard, les deux

particulier de la respiration

particulier de la respiration

études. Les études des

études de la respiration

VII. ANÉMIE HÉMOLYTIQUE ET SYNDROME VISCÉRAL. En collaboration avec M. le professeur ROQUE et M. CHALIER. 4 mémoires, Annales de médecine, 15 1^{re} DEUXIÈME PARTIE

IV. SYNDROME HÉMOLYTIQUE ET SYNDROME VISCÉRAL. En collaboration avec M. le professeur ROQUE et M. CHALIER. Comptes rendus des séances de la Société de médecine, 11 mai 1912.

V. ANÉMIE HÉMOLYTIQUE ET SYNDROME VISCÉRAL. En collaboration avec M. le professeur ROQUE et M. CHALIER. 4 mémoires des séances de la Société de médecine, 11 mai 1912.

I. HÉMOLYSE SIDÉROGÈNE
VI. HÉMOSIDÉROSE VISCÉRALE

I. HÉMOLYSE SIDÉROGÈNE. HÉMOSIDÉROSE VISCÉRALE.
VIII. En collaboration avec M. le professeur ROQUE et M. CHALIER, 4 mémoires, Journal de physiologie et de pathologie générale, numéros de mars et mai 1913.

IX. PREMIER MÉMOIRE : Exposé historique et critique.
DEUXIÈME MÉMOIRE : Cas normaux. Anémies pernicieuses Tuberculeuse.
TROISIÈME MÉMOIRE : Cirrhoses du foie. Cas divers.
QUATRIÈME MÉMOIRE : Discussion pathogénique.
Conceptions personnelles.

II. HÉMOLYSE ET CIRRHOSE PIGMENTAIRE CHEZ UN DIABÉTIQUE.
En collaboration avec M. CHALIER. Congrès français de médecine, XII^e session, Lyon, 1911 et presse médicale, 17 février 1912.

DEUXIÈME PARTIE

HEMOLYSE

I. HEMOLYSE SIDERIQUE

HEMOSIDEROSE VISCÉRALE

I. HEMOLYSE SIDERIQUE. HEMOSIDEROSE VISCÉRALE.

En collaboration avec M. le professeur
et M. CHAILIN, 4 médailles, 1er et 2e degrés,
prix et de pathologie générale, 1890.
mars et mai 1912.

II. HEMOLYSE ET CIRRIOSE PLEURÉTIQUE CHEZ UN DIABÉTIQUE
Premier mémoire : Exposé historique et critique.
Deuxième mémoire : Cas nouveau. Anatomie pathologique.
Troisième mémoire : 7 années du cas. Cas nouveau.
Quatrième mémoire : Discussion pathologique.
Conclusions générales.

II. HEMOLYSE ET CIRRIOSE PLEURÉTIQUE CHEZ UN DIABÉTIQUE
En collaboration avec M. CHAILIN, 3e degré et
prix de médecine, XII^e session, Lyon, 1911 et
prix de médecine, IV^e février 1912.

- III. ANEMIE PERNICIEUSE ET SIDEROSE VISCERALE D'ORIGINE HEMOLYTIQUE. En collaboration avec M.le Professeur ROQUE et M. CHALIER. Société médicale des hôpitaux 13 février 1912.
- IV. SIDEROSE VISCERALE D'ORIGINE HEMOLYTIQUE. En collaboration avec M.M. CHALIER et BOULUD. Comptes-rendus des séances de la Société de biologie, 11 mai 1912.
- V. ANEMIE HEMOLYSINIQUE DU TYPE PERNICIEUX AVEC SIDEROSE VISCERALE CHEZ UN TUBERCULEUX. En collaboration avec M. le professeur ROQUE et M. CHALIER. Archives des maladies du coeur, des vaisseaux et du sang, janvier 1913.
- VI. SUR LA SIDEROSE VISCERALE. Société de biologie, 7 mars 1913. En collaboration avec M.M. CHALIER et BOULUD
- VII. SUR L'HEMOLYSE SIDEROGENE. Société de biologie, 14 mars 1913. En collaboration avec MM. CHALIER & BOULUD
- VIII. PROCEDES DE RECHERCHE DU FER DANS LES VISCERES : FER DE RESERVE ET FER DE SURCHARGE. Lyon médical, 23 mars 1913. En collaboration avec M.M. CHALIER et BOULUD.
- IX. REPARTITION DU FER PIGMENTAIRE ET DOSAGES DU FER DANS LES ORGANES AU COURS DE DIVERS ETATS PATHOLOGIQUES. Lyon médical, 23 mars 1913. En collaboration avec M.M. CHALIER et BOULUD.
- X. DE L'ORIGINE HEMOLYTIQUE DE LA SIDEROSE VISCERALE. ROLE DE LA RATE DANS L'HEMOLYSE SIDEROGENE. Lyon médical, 23 mars 1913. En collaboration avec M. CHALIER et BOULUD.
- XI. DOCUMENTS RELATIFS A L'HEMOLYSE SIDEROGENE : ANEMIES PERNICIEUSES. TUBERCULOSE. Société de biologie 21 mars 1913. En collaboration avec M.M. CHALIER et BOULUD.

III. AMENIS PRÉSENTATION ET SIDER. VAL. AL. O'NING
MEMOIRISTIQUE. En collaboration avec M. la Prof.
ROQUE et M. CHALLIER. Société médicale des hôp.
18 février 1913.

IV. SIDEROSIS VISCERALE D'ORIGINE HEMOLYTIQUE. En coll.
poration avec M. M. CHALLIER et BOULUD. Société
rendue des séances de la Société de médecine.
11 mai 1913.

V. AMENIS HEMOLYTISME DU TYPE PIERRE LIEUX AVEC SIDER.
VISCERALE CHEZ UN TUBERCULEUX. En collaboration
avec M. la professeur ROQUE et M. CHALLIER, AN.
des des maladies du cœur, des vaisseaux et
sang, janvier 1913.

VI. SUR LA SIDEROSIS VISCERALE. Société de médecine, 1913. En collaboration avec M. M. CHALLIER et BOULUD.

VII. SUR L'HEMOLYSE SIDEROSIS. Société de médecine, 1913. En collaboration avec M. CHALLIER et BOULUD.

VIII. PROCÉDES DE RECHERCHE DE FER DANS LES VISCÈRES.
DE RÉSERVE ET FER DE SUBSTANCE. Société médicale, 1913. En collaboration avec M. M. CHALLIER et BOULUD.

IX. REPARATION DU FER PIGMENTAIRE ET DE FER DE FER
DANS LES ORGANES AU COURS DE DIVERS ETATS PATH.
LOGIQUES. Lyon médical, 25 mars 1913. En coll.
poration avec M. M. CHALLIER et BOULUD.

X. DE L'ORIGINE HEMOLYTIQUE DE LA SIDEROSIS VISCERALE.
RÔLE DE LA RATE DANS L'HEMOLYSE SIDEROSIS. Lyon
médical, 25 mars 1913. En collaboration avec
M. CHALLIER et BOULUD.

XI. DOCUMENTS RELATIFS À L'HEMOLYSE SIDEROSIS : AMENIS
PRÉSENTATION ET SIDER. VAL. AL. O'NING

XII. DOCUMENTS RELATIFS A L'HEMOLYSE SIDEROGENE :

CIRRHOSSES DU FOIE. CAS DIVERS. Société de biologie
21 mars 1913. En collaboration avec MM. CHALIER
et BOULUD.

**XIII. CRITIQUE DE LA CONCEPTION DES CIRRHOSSES DITES PIGMEN-
TAIRES. LEUR ORIGINE HEMOLYTIQUE.** Revue des médecine,
mai 1913. En collaboration avec M. CHALIER.

**XIV. DU ROLE DE L'HEMOLYSE DANS LA PATHOGENIE DE L'ANEMIE
PERNICIEUSE.** Presse médicale, mai 1913. En colla-
boration avec M. CHALIER.

**XV. INFANTILISME REVERSIP; ETAT DES GLANDES A SECRETION
INTERNE AU POINT DE VUE DE LA SIDEROSE.** Lyon médi-
cal, avril 1913. En collaboration avec M. CHALIER.

**XVI. ETUDE COMPARATIVE DU DEGRE DE L'HEMOGLOBINE^{ME} DANS
LE SANG ARTERIEL, LE SANG VEINEUX GENERAL ET LE
SANG VEINEUX SPLENIQUE CONSECUTIVEMENT A L'INTRO-
XICATION PAR LA TOLUYLENE DIAMINE.** Société de
biologie, 1913. En collaboration avec M.M.
CHALIER et FLORENCE.

**XVII. DE LA SIDEROSE EXCLUSIVEMENT SPLENIQUE, SEUL
STIGMATE DE L'HEMOLYSE DANS L'INTOXICATION LEGERE
PAR LA TOLUYLENE-DIAMINE. ROLE HEMOLYTIQUE DE LA
RATE.** Société de biologie, 1913. En collaboration
avec M.M. CHALIER et BOULUD.

**XVIII. DU ROLE PRIMORDIAL DE LA RATE DANS L'HEMOLYSE
PROVOQUE PAR LA TOLUYLENE-DIAMINE.** En colla-
boration avec M.M. CHALIER, BOULUD et FLORENCE.

L'hémolyse est une question encore nouvelle,
malgré le grand nombre de travaux qui lui ont été con-

- XII. DOCUMENTS RELATIFS A L'HEMOLYSE. 1913. En collaboration avec M. CHALLIER.
- XIII. ORIGINE DE LA CONVENTION DES SIBEROS DANS LES CAS DIVERSES. 1913. En collaboration avec M. CHALLIER.
- XIV. DU RÔLE DE L'HEMOLYSE DANS LA PATHOLOGIE. 1913. En collaboration avec M. CHALLIER.
- XV. IMPACTS REVERSIFS; ETAT DES CHANGES A REVERSER AU POINT DE VUE DE LA SIBEROS. 1913. En collaboration avec M. CHALLIER.
- XVI. ETUDE COMPARATIVE DU RÔLE DE L'HEMOLYSE DANS LE SANG ARTERIEL, LE SANG VEINEUX GÉNÉRAL ET LE SANG VEINEUX SPÉCIAL. 1913. En collaboration avec M. CHALLIER.
- XVII. DE LA SIBEROS EXCLUSIVEMENT SPÉCIFIQUE, 1913. En collaboration avec M. CHALLIER.
- XVIII. DU RÔLE PRIMORDIAL DE LA SIBEROS DANS L'HEMOLYSE. 1913. En collaboration avec M. CHALLIER.

sacrés et qui eurent un de leurs plus récents échos dans le rapport de M.M. GUIRAUD et TROISIER au XII^e Congrès Français de Médecine, LYON 1911.

L'hémolyse, dans ses rapports avec l'ictère, avait été jusqu'ici particulièrement étudiée. Mais nous avons été frappés de ce que, dans les organes des malades qui succombaient au cours d'ictère hémolytique, il y avait pour ainsi dire constamment, du pigment ferrugineux de la sidérose. Peu à peu, au fur et à mesure que nous étudions la sidérose, nous étions de plus en plus frappés de la liaison intime et étroite qu'il y avait entre l'hémolyse, l'ictère et la sidérose. Nous en venions à penser qu'il y avait peut-être des cas où l'hémolyse n'aboutissait pas à la production de l'ictère, mais seulement à de la sidérose. La destruction pathologique de l'hémoglobine dans l'organisme, nous la concevions capable d'aboutir parfois seulement à la surcharge pigmentaire ferrugineuse des organes, sans aller jusqu'à créer de l'ictère. Et c'est à la vérification de cette hypothèse que, pendant un an et demi, nous avons travaillé dans la clinique du professeur Roque et sous sa direction. Nous sommes arrivés à cette conclusion très générale dans sa portée, qu'il existe une hémolyse sidérogène comme il existe une hémolyse ictérogène autrement dite, mais moins exactement, ictère hémolytique.

L'hémolyse sidérogène ou sidérose viscérale d'origine hémolytique, englobe tout ce qui a été décrit autrefois sous le nom d'hémositérose viscérale. Et pour

Memorandum for the President
 Subject: The President's Commission on the Assassination of President John F. Kennedy
 The President's Commission on the Assassination of President John F. Kennedy was established on November 27, 1963, by Executive Order. The Commission was charged with the task of investigating the assassination of President John F. Kennedy and reporting its findings to the President. The Commission was composed of seven members, including the President, the Vice President, and five other individuals. The Commission's report was released on September 24, 1964, and concluded that the assassination of President John F. Kennedy was the result of a conspiracy involving several individuals, including Lee Harvey Oswald.

L'hémolyse, dans les rapports avec l'écoulement du sang, est un phénomène qui se produit dans les vaisseaux sanguins, et qui est dû à la rupture des globules rouges. Cette rupture peut être provoquée par divers facteurs, tels que des infections, des médicaments, des traumatismes, etc. Les symptômes de l'hémolyse sont une fatigue, une pâleur, une fièvre, une jaunisse, etc. Le traitement de l'hémolyse dépend de la cause sous-jacente et peut inclure des médicaments, des transfusions de sang, etc.

Congrès Français de Médecine, LYON 1911.

L'hémolyse, dans ses rapports avec l'ictère, avait été jusqu'ici particulièrement étudiée. Mais, nous avons été frappés de ce que, dans les organes des malades qui succombaient au cours d'ictère hémolytique, il y avait pour ainsi dire constamment du pigment ferrugineux de la sidérose. Peu à peu, au fur et à mesure que nous étudions la sidérose, nous étions de plus en plus frappé de la liaison intime et étroite qu'il y avait entre l'hémolyse, l'ictère et la sidérose. Nous en venions à penser qu'il y avait peut-être des cas où l'hémolyse n'aboutissait pas à la production de l'ictère, mais seulement à de la sidérose. La destruction pathologique de l'hémoglobine dans l'organisme, nous la concevions capable d'aboutir parfois seulement à la surcharge pigmentaire ferrugineuse des organes, sans aller jusqu'à order de l'ictère. Et c'est à la vérification de cette hypothèse que, pendant un an et demi, nous avons travaillé dans la clinique du professeur Roque et sous sa direction. Nous sommes arrivés à cette conclusion, très générale, dans sa portée, qu'il existe une hémolyse sidérogène comme il existe une hémolyse ictérogène autrement dite, mais moins exactement, ictère hémolytique.

L'hémolyse sidérogène ou sidérose viscérale d'origine hémolytique, englobe tout ce qui a été décrit autrefois sous le nom d'hémositérose viscérale. Et pour

[illegible]

montrer quels sont exactement les points originaux de notre travail, un rapide rappel des notions courantes est ici nécessaire.

La sidérose, la surcharge pigmentaire ferrugineuse des organes, était bien connue au cours des anémies du type pernicieux, depuis les travaux de Quincke; au cours de certaines cirrhose, depuis ceux de Hanot et de Chauffard. Le mécanisme de sa production était aussi étudié par ces différents auteurs, qui voyaient à sa base, dans le premier cas, une destruction globulaire, dans le second, une dysgénèse pigmentaire. Il tendit ensuite à s'établir une profonde scission entre l'hémo-sidérose viscérale des anémies pernicieuses et la sidérose viscérale des cirrhoses pigmentaires en particulier. Dans le premier de ces deux groupes, on admettait comme pathogénie la destruction globulaire et comme localisation du pigment la plupart des organes. Dans le second, on attribuait plutôt au foie le rôle principal comme organe formateur et accumulateur du pigment: sidérose viscérale par hyperhépatie et dyshépatie, le pigment étant l'expression d'une dégénérescence spéciale de la cellule hépatique.

Dans notre travail basé sur l'examen de 32 observations dans lesquelles ont été faits les dosages du fer, les examens hématologiques (résistance globulaire recherche des hémolysines); des examens anatomo-patholo-

montré mais sont évidemment les points de vue
notre travail, en même temps / les points de vue
est ici nécessaire.

La théorie, la connaissance scientifique, la
science des organes, c'est bien connu, la science
des types primitifs, depuis les types les plus
au type de certaines circonscriptions, à partir de
de l'organisme, le mécanisme de la connaissance est
et il y a des différences entre, les types les plus
dans le premier cas, une distinction entre les types
second, une distinction primitive. Il y a une
s'établir une profonde relation entre les types les plus
vi états des années primitives et la théorie vis-à-vis
certaines des circonscriptions primitives et la théorie vis-à-vis
le premier de ces deux groupes, on établit une
théorie la distinction globale, et on établit une
de l'organisme la plupart des organes, on établit une
théorie il s'agit de la théorie la plus primitive, on
ne s'occupe et s'occupe de la théorie la plus primitive
telle par hypothèse et par hypothèse, la théorie la plus
l'expression d'une théorie globale de la théorie
hypothèse.

Dans notre travail, on établit une
observation dans lesquelles on établit les organes
de la, les organes (certaines) globales
recherche des hypothèses; des organes (certaines) globales

giques avec recherches microscopiques et macroscopique du fer, nous montrons que l'évolution des conceptions sur la pathogénie et le mécanisme de formation des pigments vicaux, quelles qu'elles soient, doit se faire vers l'unicité. Toutes les surcharges pigmentaires ferrugineuses des organes traduisant une hémolyse, hémolyse qui n'est pas l'exagération de l'hémolyse normale physiologique, décrite par Dastre, mais un processus pathologique en ce sens qu'il aboutit à la formation au dépens du sang, d'un fer inutilisable, d'un fer pigmentaire de déchets.

De la nature hémolytique de la viderose vicaux des anémies pernicleuses, entrevue par Quinke et par divers auteurs après lui, nous avons apporté la démonstration précise, en publiant deux cas d'anémie pernicleuse où la viderose, à peu près généralisée à tous les viscères, était manifestement d'origine hémolytique. Nous apportons ainsi, à la conception de Quinke une preuve qui lui avait fait jusqu'ici défaut.

Ensuite, fait plus important, parce que moins soupçonné, nous démontrions, par l'étude de plusieurs cas de cirrhoses pigmentaires, que le mécanisme pathogénique de la viderose n'était pas ici fondamentalement différent de ce qu'il était dans les anémies du type pernicleux; la viderose des cirrhoses pigmentaires est aussi d'origine hémolytique. Le diabète, la cirrhose, qui l'accompagne, ne sont que des maladies traductrices de

lésions dépendantes de la même cause qui commande l'hémolyse.

Nous avons alors étendu davantage le champ de nos investigations. Nous avons constaté l'absence de la sidérose chez des sujets qu'on pouvait considérer comme normaux. Et comme les dosages de fer dans leurs organes nous révélaient la présence d'une quantité appréciable de ce métal sans que les réactifs au ferrocyanure de potassium additionné d'HCl nous montrent de pigment ferrugineux sur les coupes, nous avons pensé qu'il y avait deux sortes de fer dans l'organisme; l'un normal utilisable de réserve, en combinaison invisible et indissoluble par les résultats réactifs usuels sur les coupes; l'autre pathologique, de surcharge, inutilisable à l'état de pigment à l'œil nu et dissoluble par la coloration bleue qu'il prend par le réactif précipité. Ce dernier est le résultat d'une hémolyse pathologique, d'une destruction anormale des hématites, car on le trouve dans les organes au cours des icères hémolytiques et dans les foyers d'extravasation sanguine, avec les pigments biliaires dans les cas d'hémolyse locale. Tandis que l'autre est tiré de l'alimentation et de la destruction normale des hématites, comme l'a montré Dastre. Au fer pigmentaire seul, déposée dans l'organisme, s'applique le mot de sidérose viscérale, et pour nous, sa présence est synonyme d'hémolyse pathologique.

lesons dépendantes de la mise en œuvre de l'investissement.
I'investissement.
Pour l'investissement, l'investissement est une
non investissement. Nous avons constaté que l'investissement
nécessaire chez des sujets en situation de stress est
normal. Et comme il y a un lien entre l'investissement
nos nous révélant la présence d'un lien entre l'investissement
de la part de ces sujets. Les résultats de l'investissement
de nos sujets additionnels à l'investissement de nos sujets
l'investissement est le lien entre l'investissement et l'investissement
et il doit être de la part de l'investissement et l'investissement
utilisé de la part de l'investissement, la mise en œuvre de l'investissement
d'investissement par les sujets de l'investissement et l'investissement
couper; l'investissement est le lien entre l'investissement et l'investissement
à l'investissement est le lien entre l'investissement et l'investissement
coloration de la part de l'investissement et l'investissement
de l'investissement est le lien entre l'investissement et l'investissement
d'une destination de la part de l'investissement et l'investissement
trouve dans les sujets de l'investissement et l'investissement
dans et dans les sujets de l'investissement et l'investissement
les pigments blanches de la part de l'investissement et l'investissement
Tandis que l'investissement est le lien entre l'investissement et l'investissement
destination normale de la part de l'investissement et l'investissement
dans. Les pigments blancs de la part de l'investissement et l'investissement
même, l'investissement est le lien entre l'investissement et l'investissement
même, les pigments blancs de la part de l'investissement et l'investissement

Étudiant alors diverses maladies et par-dessus tout, la plus fréquente dans les hôpitaux, la tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse, nous avons fait de très intéressantes observations. Dans cette maladie, la sidérose est très marquée dans la rate et souvent exclusivement cantonnée dans cet organe; puis, c'est le foie qui se pigmente après la rate. Nous constatons en même temps, le foie fût-il ou non scléreux, gras ou presque normal, qu'il arrivait fort bien qu'il fût exempt de sidérose.

Dans les cirrhoses de Laënnec, dans les cirrhoses bien caractérisées cliniquement, le foie s'est toujours montré sidérosique, mais la rate l'était toujours aussi et souvent plus que le foie. C'est dans ces maladies que le plus grand nombre de viscères se sont montrés surchargés de pigment.

Dans diverses maladies du cœur et des reins, la sidérose a souvent été absente partout; quant elle existait, c'était exclusivement dans la rate ou dans le foie et la rate, mais d'une manière prédominante dans la rate.

Dans la dégénérescence amyloïde polyviscérale, nous n'avons pas trouvé de sidérose.

Cette étude nous conduisait à admettre que la sidérose viscérale n'est pas un état normal. Elle n'est pas non plus une altération banale en cours des maladies, puisque toutes n'en sont pas accompagnées. Elle est une lésion symptomatique d'une hémolyse, lésion fréquente,

étudiant et se trouve...
en fait, la plus fréquente dans les hôpitaux, la plus
longue période de rééducation, sans compter celle de
l'intervention chirurgicale. Dans cette catégorie, on
se voit très souvent dans la note de constatation
concernant la note de constatation; mais, c'est la note de
pignone dans la note. Dans cette note, on voit
fort bien qu'il ne s'agit pas d'un seul et même
si l'on veut bien qu'il s'agit d'un seul et même.

Dans les différents de la note, on voit
différents des caractéristiques distinctes, la note
toujours montre distinctement, mais la note de la note
quant et souvent plus que la note. C'est dans la note
que la plus grande nombre de caractéristiques se sont montrées
chargés de pignone.

Dans les différents de la note, on voit
la note a souvent des caractéristiques distinctes; dans la
note, c'est distinctement dans la note de la note de la note
la note, mais d'une manière prédominante dans la note.
Dans la note de la note de la note de la note de la note
la note de la note de la note de la note de la note de la note.

Cette étude nous a permis de constater que
la note de la note de la note de la note de la note de la note
pas non plus que la note de la note de la note de la note de la note
pour les notes de la note de la note de la note de la note de la note
la note de la note de la note de la note de la note de la note de la note.

beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait; elle réalise divers groupements: splénique pur, spléno-hépatique, spléno-hépatique polyviscéral, enfin, suivant ses localisations; elle est indépendante de l'état anatomique du foie quand elle existe dans cette glande, car elle se voit dans des foies sains au cours des grandes hémolytes des anémies pernicieuses, et manque dans les foies scléreux et gras, voire cirrhotiques, de certains tuberculeux, ou dans les foies scléreux de quelques cardiaques, pour y exister, au contraire, chez d'autres tuberculeux même atteints d'une dégénérescence graisseuse hépatique totale. Ce qui fait ces différences, c'est l'intensité variable de l'hémolyse. Le nombre des organes sidérosiques nous paraît proportionnel au degré d'intensité de l'hémolyse. A une hémolyse forte correspond une sidérose polyviscérale. A une hémolyse légère correspond la sidérose purement splénique, puis spléno-hépatique.

Quand il y a sidérose, la constance de la sidérose splénique, qui est souvent seule à exister, est un fait qui nous a paru digne de la plus grande attention. Il remet en faveur le rôle de la rate, si attaqué, mais aussi si défendu ces derniers temps, dans l'hémolyse. Et tout ce qui a été dit à ce point de vue au sujet des icteres hémolytiques, nous paraît applicable à la question de la sidérose hémolytique. Pour nous, le rôle de la rate est initial et constant dans

devenant plus fructueux qu'on ne le croyait; les
diverses propriétés: médicinales, épines-débutantes,
épines-débutantes polychlorées, autres, autres, autres
localités: elle est indépendante de l'air, elle
n'est en fait que dans cette zone, elle
est elle se voit dans des forêts comme on voit des
grandes herbes dans les forêts primitives, et dans
dans les forêts élevées et grasses, voire même dans
certains forêts, on dans les forêts primitives, on
les voit dans, pour y être, on voit, on
d'autres forêts même dans les forêts primitives
est une herbe totale, de fait elle est
est, c'est l'intensité variable de l'intensité, la
des organes végétaux sont dans les forêts
est d'intensité de l'intensité, à une intensité
correspond une intensité végétative, à une intensité
égale correspond la même intensité végétative, pour
épines-débutantes.

Grand il y a une intensité, la même intensité
épines-débutantes, et elle est dans les forêts
est en fait, et dans les forêts primitives
attention. Il faut en fait la même intensité, la
même, mais elle est dans les forêts primitives
dans l'intensité. Et dans les forêts primitives
est en fait dans les forêts primitives, dans les forêts
épines-débutantes la même intensité végétative, dans
même, la même intensité végétative et dans les forêts

l'hémolyse sidérogène. Mais, nous ne nions pas qu'il puisse se faire des suppléances par les autres organes, dans certaines conditions particulières, réalisées jusqu'ici surtout expérimentalement, mais qui peuvent aussi, sans doute, se rencontrer en pathologie, quoique nous ne le sachions pas encore. Le rôle de la moëlle osseuse n'est sûrement pas à négliger.

En résumé, tout récemment, nous formulons les conclusions suivantes, devant la Société de Biologie:

La sidérose viscérale consiste en un dépôt dans les organes d'un pigment ferrugineux pathologique de teinte ocre et se colorant en bleu par la méthode de Perla.

Dans les cardiopathies et les affections rénales, nous avons noté l'absence de sidérose; et la rate, elle aussi, est habituellement indemne de pigment.

Dans les anémies pernicieuses, la sidérose se montre constante et importante dans la rate et dans le foie, moindre dans la moëlle osseuse, moindre encore dans le rein, nulle dans les autres organes (pancréas, thyroïde, myocarde, surrénale).

Dans deux cas de pneumopathie mortelle non tuberculeuse, et sans lésions hépatiques, la sidérose existait dans la rate et le foie et manquait dans le pancréas.

Chez les tuberculeux pulmonaires ulcéro-caséux en évolution, la sidérose prédomine très nettement dans la rate et y est constante. Elle est

l'hémolyse sérologique, mais, pour ce faire, on a dû
puiser au sein des épidémies par les autres épi-
démies certaines conditions particulières, mais on
trouve tout d'abord expérimentalement, mais qui sont
encore, sans doute, se rencontrent en pathologie, et
que nous ne les mentionnons pas encore, le rôle de la
moelle osseuse n'est d'ailleurs pas à négliger.

En résumé, tout récemment, nous avons
les conclusions suivantes, devant la lecture de
cette

La sérologie sérologique consiste en un
dans les organes d'un échantillon sérologique
de points ceux et se rencontrent en effet par la sérologie
de l'avis.

Dans les épidémies et les épidémies
récentes, nous avons noté l'absence de sérologie; et
cette, elle aussi, est habituellement connue de sé-
ment.

Dans les épidémies sérologiques, la sérologie
se montre constante et indépendante dans la sérologie et la
la sérologie, nous avons dans la sérologie sérologique, sérologie
dans la sérologie, mais dans les autres organes (sérologie)
sérologie, sérologie, sérologie.

Dans les épidémies sérologiques, la sérologie
non sérologiques, et dans les autres sérologiques, la sérologie
se rencontre dans la sérologie et la sérologie de sérologie
la sérologie.

extrêmement faible ou même absente dans le foie, bien que cet organe soit parfois aussi lésé que dans nos cas de cirrhose.

Dans les cirrhoses du foie typiques, sans association de tuberculose en évolution, avec ou sans diabète, la sidérose existe en abondance dans la rate, mais c'est dans le foie qu'elle prédomine en général. Nous devons même dire que nous avons rencontré des cirrhoses typiques du foie où la rate présentait autant et parfois un peu plus de sidérose que le foie.

De ces constatations se dégage ce qui suit:

Quand il y a sidérose viscérale, il y a toujours sin'rose splénique et souvent, comme chez les tuberculeux, cette sidérose splénique est exclusive.

Quand il y a sidérose polyviscérale:

1° Le foie est toujours, avec la rate, le siège des dépôts pigmentaires ferrugineux; quelquefois, en particulier, chez les cirrhotiques, cette sidérose hépatique est plus intense que la sinérose splénique; 2° plus rarement d'autres viscères, comme le pancréas, le corps thyroïde, les ganglions, sont aussi pigmentés, mais d'ordinaire, moins intensément. Il est exceptionnel que la surcharge sidérosique thyroïdienne ou pancréatique passe au premier plan; 3° le rein reste absolument indemne, ce qui est la règle; ce n'est qu'exceptionnellement qu'il présente des traces de sidérose

En ce qui concerne le foie, ce n'est pas son

extrêmement faible ou même absente dans le cas où
bien que cet organe soit parfois absent dans les
dans une des de diverses.

Dans les cas où l'absence de l'organe est constatée, on
association de l'absence de l'organe en question, avec un
dépense, la dépense existe en absence de la
mais c'est dans le cas où l'absence est constatée en
Nous devons même dire que nous avons rencontré dans
diverses types, une de la dépense qui est
tant et parfois en peu plus de dépense, une de la
De ces constatations on peut en tirer

ceci :

Quand il y a absence de l'organe, il y a
toujours une absence de l'organe et
l'absence, cette absence est constatée
Quand il y a absence de l'organe, on voit
1° la dépense est toujours, une de la dépense, on voit
dépense présente dans l'absence de l'organe, on voit
ouïer, une absence de l'organe, cette absence de l'organe
est plus intense que la dépense présente ; 2° plus
l'absence de l'organe est constatée, plus la dépense, la
corps thyroïde, les glandes, sont en état d'absence,
mais l'absence, mais l'absence, il est constaté
mal que la dépense est présente dans l'absence de l'organe
ordinaire dans le premier cas ; 3° la dépense est
absolument normale, ce qui est la règle ; ce n'est qu'

état anatomique qui règle l'abondance des dépôts pigmentaires dans cet organe. Car, s'il est vrai qu'ils soient très abondants dans les cirrhoses typiques, nous avons vu: 1° qu'il existe des foies scléreux ou même cirrhotiques, chez des tuberculeux, brightiques ou autres maladies, sans sidérose hépatique; 2° qu'il existe des foies comme ceux des anémies pernicieuses, où le parenchyme ne présente pas de lésions dégénératives, ni de sclérose, tout en étant fortement sidérosiques; 3° qu'il peut exister, enfin, de la sidérose dans les cellules hépatiques en état de dégénérescence graisseuse et dans des foies complètement gras, contrairement aux opinions généralement admises à ce sujet.

Nous ajoutions, dans une note présentée à la séance suivante à la Société de Biologie, que la nature hémolytique de la sidérose, quelle qu'elle fût, ne faisait pour nous, aucun doute, pas plus que le siège splénique ordinaire de l'hémolyse sidérogène.

Pourtant, une objection se présente. Nous démontrons bien que l'hémolyse est la base de la sidérose dans ces cas d'anémies pernicieuses et de cirrhoses pigmentaires, mais nous ne le montrons pas dans les autres cas, en particulier dans la sidérose splénique des tuberculeux; il n'y a pas toujours et forcément de modifications de la résistance globulaire, ni d'hémolyse dans le sérum. Nous ferons alors remarquer qu'il

est anatomo, on est l'organe des sens
mentales sont des organes, car, s'il n'y a pas
sont des organes dans les différents
sont des organes : 1° qu'il existe des
ou même d'individus, chez des individus, s'il
que on a des maladies, sans qu'il y ait
2° qu'il existe des lésions dans les
généralisées, et la lésion n'est pas
sont d'individus, et la lésion, tout
sont d'individus ; 3° qu'il y ait des
sont des lésions d'individus, et la lésion
sont des lésions d'individus et la lésion
sont, contrairement aux autres, les lésions
à ce sujet.

Il y a donc, dans les lésions
la lésion d'individus à la lésion de la lésion, car la
la lésion d'individus de la lésion, mais la lésion
la lésion pour nous, nous lésions, car la lésion
sont d'individus de l'individus d'individus.
Pourquoi, une lésion de lésion, la lésion
d'individus dans les lésions est la lésion de la lésion
sont dans les lésions d'individus et de lésion
sont d'individus, mais nous ne lésions pas la lésion
sont des, en lésion dans les lésions d'individus
sont d'individus ; il y a des lésions et lésion
de lésions de la lésion d'individus, et la lésion
lésion dans la lésion. Nous lésions la lésion

n'existe de tels stigmates que dans les grandes hémolyses, qu'à côté de celles-ci, il existe sûrement des hémolyses de moins grande envergure qui, bien que commencent peut-être dans le torrent circulatoire, peut-être aussi dans la rate, épuisent en tout cas leur action dans la rate, de manière à ne laisser filtrer au dehors ni hémolyse libre, ni hématies hyporésistantes, mais à déposer dans la pulpe splénique, comme témoignage de son action pathologique sur le sang, la sidérose. Nous répondrons aussi, que l'état actuel de la science ne permet pas d'entrevoir à la base de la sidérose, un autre mécanisme qu'une destruction globulaire; il est logique, dès lors, d'admettre que l'organe qui sera le premier à se pigmenter ne peut être que celui où cette destruction ne sera effectuée ou au moins parachevée.

Quand nous avons porté le problème de la sidérose viscérale, du terrain clinique sur lequel nous avions jusqu'ici évolué, sur le terrain expérimental, nous avons choisi la toluyène-diamine comme agent hémolytique, parce que c'était celui qui avait servi à l'étude de l'ictère hémolytique. Mais, en l'employant, nous nous sommes préoccupés précisément de n'en injecter que fort peu aux animaux, dans le but d'obtenir, si c'était possible, non pas une hémolyse avec sidérose et ictère, mais simplement une hémolyse avec sidérose. Nous y sommes arrivés et actuellement, nous pouvons

considérer comme réalisée la dissociation des deux termes de l'hémolyse, à savoir l'ictère d'une part, la sidérose de l'autre, toujours associés jusqu'ici dans l'hémolyse ictérogène. Dans l'intoxication légère par la toluyène-diamine, non seulement nous avons vu une sidérose sans ictère, mais cette sidérose est avant tout, et à l'exclusion du foie, splénique comme localisation. Est-elle aussi avant tout splénique dans son mécanisme intime? - C'est ce que nous dirons des expériences actuellement en cours, dans lesquelles nous comparons le degré de l'hémoglobininémie dans le sang artériel, le sang veineux général et le sang veineux splénique.

Quoi qu'il en soit, le rôle de la rate nous apparaît comme extrêmement important dans la sidérose viscérale, qu'on étudie au point de vue anatomo-clinique ou au point de vue expérimental.

Le seul tissu qui, avec la rate, présente de la sidérose dans l'intoxication légère par la toluyène-diamine, est la moëlle osseuse, mais à un moindre degré. Peut-être ce parenchyme a-t-il un pouvoir hémolytique?

Nous tenons d'ailleurs bien à dire que nous prenons le terme hémolytique dans son sens le plus large, admettant qu'il est possible que l'hémolyse ne s'effectue pas, dans la rate ou ailleurs, toujours exclusivement au moyen d'hémolysines, mais aussi peut-être, au moyen de lipoides ou d'agents destructeurs d'hématies encore imparfaitement connus.

[illegible]

1. L'Etat a le droit de révoquer la concession de la concessionnaire, si celle-ci ne respecte pas les conditions de la concession.

1. Les personnes qui ont été
 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838.

11. HÉMOLYSE ICTÉROGÈNE

ICTÈRE HÉMOLYTIQUE ACQUIS

1. ICTÈRE HÉMOLYTIQUE ACQUIS. En collaboration avec M. le professeur Roque et M. Chalié, Province Médicale 4 Septembre 1909.
11. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ICTÈRES HÉMOLYTIQUES ACQUIS
En contribution avec M.M. MOUÏSSET et CHALIÉ.
Lyon Médical, 23 Janvier 1910.

Les travaux de M. WIDAL et de ses élèves ont bien établi l'existence des ictères hémolytiques acquis.

L'observation que nous avons relatée vient à l'appui de la constitution de ce groupe d'ictère en montrant que cette variété peut se voir au cours du cancer gastrique.

Cliniquement, la sémiologie du cancer se modifia soudainement par l'apparition d'un ictère sans rétention et d'hémorragies répétées, épistaxis notamment, ainsi que d'hématuries. Les urines donnaient une réaction de Gmelin légère et contenaient de l'urobiline. Le syndrome hématologique fut typique: anémie, hématies granuleuses (7,5 p.100) résistance globulaire diminuée, auto-agglutination des hématies. Ni isohémolyse, ni auto-hémolyse dans le sérum.

Cette variété d'ictère hémolytique acquis

II. HEMOLYSE ET HEMORRAGIE

LEUCOCYTES ET HEMOGLOBINE

- I. LEUCOCYTES ET HEMOGLOBINE. En collaboration avec le professeur Hugué et M. Chabrier. Province de Québec, 4 septembre 1902.
- II. CONTINUATION A L'ETUDE DES LEUCOCYTES ET HEMOGLOBINE. En collaboration avec M. H. Hugué et M. Chabrier. Lyon Medical, 23 janvier 1903.

Les travaux de M. Hugué et de M. Chabrier ont été publiés dans les Archives de la Société de Médecine de Lyon.

L'observation que nous avons faite de la leucémie et de la coagulation de la fibrine a été publiée dans les Archives de la Société de Médecine de Lyon.

Cependant, la leucémie et la coagulation de la fibrine sont des phénomènes qui se produisent dans les maladies du sang. La leucémie est une maladie du sang qui se caractérise par l'augmentation du nombre des leucocytes. La coagulation de la fibrine est un processus normal du sang qui se produit dans les maladies du sang.

évoluant avec l'allure d'un ictère grave, contribue avec les observations de Legendre et Brulé, de Gaucher et Giroux, de Beermann, Bith et Cain, de Landouzy, Cougerot et Salin, de Saquépée, de Darré, de Tixier et Troisième, de Roque, Chalier et Cordier, de Mouisset, Chalier et Nové-Jossierand, à démontrer la pluralité d'origine de ce type morbide, ses variétés d'évolution et la constance, par contre, de son syndrome hémato-logique.

11.- Les deux observations qui forment le fond de la Mémoire, se rapportent à deux femmes qui, toutes deux atteintes de cirrhose alcoolique du foie, virent se développer un ictère acholurique. Ce dernier, de par les stigmates gématologiques, appartenait à la classe des ictères hémolytiques. Il y eut ceci de particulier dans son évolution clinique, qu'il s'accompagna particulièrement dans un cas, d'hémorragies profuses, particulièrement dans la gaine du muscle grand droit, si bien que se trouvait réalisé le syndrome morbide de l'ictère grave. Dans les deux cas la mort ne tarda pas à survenir.

L'intérêt de cette publication est double:

- 1° - Au point de vue étiologique, elle établit que les cirrhoses alcooliques du foie doivent compter au nombre des causes des ictères hémolytiques acquis.
- 2° - Au point de vue clinique, il y a lieu de décrire une forme particulière de l'ictère hémolytique aigu, évoluant sous les traits de l'ictère grave.

tion et la constance, par exemple, de la

II. - Les deux opérations ont été effectuées dans les conditions les plus satisfaisantes. Les résultats obtenus sont les suivants :

1^{er} - Au point de vue des personnes qui ont été
étranglées et qui ont été étranglées.
nombre des personnes qui ont été étranglées.

2^e - Au point de vue des personnes qui ont été
étranglées et qui ont été étranglées.
une personne qui a été étranglée.

TROISIÈME PARTIE

MALADIES DES DIVERS APPAREILS

1°- TUBE DIGESTIF ET SES ANNEXES

CANCER DE L'ŒSOPHAGE AVEC PERI-ŒSOPHAGITE SUPPURÉE ET
PERFORATION DE LA TRACHÉE CHEZ UN TUBERCULEUX PULMONAIRE
CAVITAIRE. Société Nationale de Médecine. 3 Juillet
1911. En collaboration avec M. CHALIER.

Les faits d'association du cancer avec la
tuberculose sont, à l'heure actuelle, encore peu nombreux.
D'autant moins, qu'un certain nombre d'entre eux, peuvent être
attaqués depuis que Gougerot a émis l'opinion que le
bacille de Koch pouvait édifier des néoproductions absolu-
ment semblables au cancer. Dans notre cas, nous avons ré-
pondu d'emblée à cette objection, au moyen de l'inoculation,
- qui fut négative, - de plusieurs fragments.

Cette observation, rapprochée de celle tout
à fait semblable de Cernil, montre qu'il y a deux mécanismes
de perforation de la trachée dans le cancer œsophagien:
l'un où la trachée communique avec l'œsophage, l'autre

PROCES-VERBAUX

1^{er} - TOUT D'ABORD

CANON DE L'ORGANISATION DES REPRÉSENTATIONS
REPRÉSENTATION DE LA TRADITION DES REPRÉSENTATIONS
CANTONAL - Société Nationale de Représentation
1911. En collaboration avec le G.C.

Les faits d'actualité ne sont pas
répertoriés sont, à l'heure actuelle, offerts par nous.
D'autant moins, qu'un certain nombre d'entre eux, pour
les étapes de la vie de la République, ont été
basés de la part de la République, dans les
pour les besoins de la République, dans les
pour les besoins de la République, dans les
pour les besoins de la République, dans les

Cette observation, faite de la
à l'heure actuelle, nous en fait
de la République, dans les
de la République, dans les
de la République, dans les

où la trachée communique seulement avec un ganglion cancéreux qui l'a ulcérée; c'est le cas du malade de Cornil. Chacune de ces modalités a sa traduction clinique particulière: la première se traduit par l'expectoration alimentaire, symptôme pathognomonique; la seconde, seulement par de la fétidité de l'haleine et des crachats dont on reconnaît souvent la véritable origine.

TUMEUR INFLAMMATOIRE STÉNOSANTE DU PYLORE D'ORIGINE TUBERCULEUSE.

En collaboration avec M. CHALIER, Lyon Chirurgical.

1er Octobre 1911.

Nous avons énoncé les conclusions suivantes:

1^{re}. - Chez l'adulte, les sténoses intrinsèques du pylore, dites "fibreuse" ou encore "scléreuses" n'ont pu que rarement être examinées histologiquement; quand elles l'ont été, elles ont bien paru constituées par l'édification d'un tissu de sclérose, voire même fibroïde développé dans la sous-muqueuse, dans les interstices de la musculuse, dans la zone sous-péritonéale, et à des degrés divers dans chacune de ces régions.

Elles sont bien le résultat d'une tuberculose inflammatoire, à part quelques-unes qui peuvent être liées à la présence d'un corps étranger, tel qu'un fil de suture (M. Villard), on n'en connaît pas encore de syphilitiques dans cette région.

souvent la véritable origine.
 la vérité de l'histoire et des événements.
 et, cependant, l'histoire est la science
 la plus importante de la vie humaine.
 elle nous apprend à connaître le passé
 et à tirer des leçons de l'expérience.
 elle nous permet de comprendre le monde
 et de mieux nous situer dans la société.
 elle est la base de toute culture et de
 toute civilisation.

in collaboration with the CIA, was established in
October 1977.

1° - Chas. I. Smith, Jr. 1890-1891

En 1970, l'Etat a été déclaré "démocratie populaire" et a été placé sous le contrôle du Parti communiste. Le régime a été instauré par le général Guevara, qui a été remplacé par le général Guevara en 1971. Le régime a été instauré par le général Guevara, qui a été remplacé par le général Guevara en 1971. Le régime a été instauré par le général Guevara, qui a été remplacé par le général Guevara en 1971.

[illegible]

2° - Parmi les lésions sténosantes qui sont macroscopiquement semblables aux précédentes, il y en a qui sont en réalité formées par une hypertrophie et une hyperplasie de la tunique musculaire, sans sclérose mais avec un certain degré d'inflammation, et qui reconnaissent aussi pour cause, la tuberculose inflammatoire: notre cas en est un exemple.

3° - Ordinairement, même dans les sténoses histologiquement scléreuses, on voit un certain degré d'hyperplasie du tissu musculaire sous forme de petits amas de cellules musculaires jeunes, néoformées, mais ce processus est ordinairement loin de présenter quelques ressemblances avec celui qui caractérise la formation des myomes du tissu musculaire lisse.

Dans notre cas, la ressemblance est assez grande pour que puisse se poser la question de savoir dans quelle mesure l'inflammation (ici tuberculeuse) peut être à la base d'une tumeur vraie (ici un léiomyome bénin)

Cette idée peut se défendre à l'aide d'idées générales admises en anatomie pathologique et de faits cliniques et expérimentaux, touchant, il est vrai, des tumeurs autres que celles du tissu musculaire lisse (lymphadénome et lymphosarcome de M. Gougerot).

4° - Notre cas ne réalise pas une identité as-
sez

2° - Parmi les idées les plus importantes, il faut citer celle qui consiste à reconnaître que les idées ne sont pas des entités séparées, mais qu'elles sont des manifestations de la vie elle-même. Cette idée est fondamentale et doit servir de base à toute philosophie.

3° - Originairement, les idées sont des formes de la vie, et elles se développent avec elle. Elles ne sont pas des objets fixes, mais des processus en constante évolution. C'est pourquoi il est impossible de les définir de manière définitive.

4° - Dans notre vie, les idées jouent un rôle essentiel. Elles nous permettent de comprendre le monde et de nous adapter à lui. Elles sont le moteur de notre développement personnel et collectif. Sans elles, la vie serait une simple existence sans sens.

5° - Notre tâche est de réaliser que les idées ne sont pas des objets fixes, mais des processus en constante évolution.

parfaite avec le léiomyome bénin typique pour que nous soyons fondé à affirmer qu'il constitue une preuve absolue de l'origine inflammatoire des tumeurs.

5°- Mais, il contribue à démontrer les rapports étroits qui unissent l'inflammation lente d'un tissu et son hypertrophie.

6°- Enfin, les lésions que nous avons rencontrées se rapprochant tellement de celles décrites dans les sténoses hypertrophiques musculaires du pylore chez les nouveaux-nés, qu'il est permis de se demander si la même pathogénie (tuberculeuse inflammatoire) ne s'appliquerait pas à ces dernières comme aux premières.

IOCIERE CHRONIQUE PAR RETENTION LIEE A LA PERFORATION ET A L'OBSTRUCTION DU CHOLEDOQUE PAR DES BOURGEONS NEOPLASMIQUES VENUS D'UN CANCER DU PYLORE.- En collaboration avec M. CREMIEN- LYON-MEDICAL - Avril-Mai 1913

ABOES DU FOIE - CANCER SECONDAIRE DU FOIE ET CANCER DU RECTUM
En collaboration avec M.M. CORDIER & FLORENCE
Société des Sciences Médicales, Mars 1913.

L'observation que nous résumons ici est une des rares où, au cours d'un cancer du tractus digestif, un aboès du foie soit signalé en coexistence avec des généralisations néoplasiques dans cet organe. M. Achard a le mieux étudié ces aboès. Il décrit des aboès cancéreux du foie et des aboès vrais du foie, au cours du cancer second-

partielle avec le larynx. Les lésions de l'organe
sont donc à l'origine de l'insuffisance
de l'organe.

2° - L'insuffisance, si elle est
partielle, est due à une lésion de l'organe
et non à une lésion de l'organe.

3° - L'insuffisance, si elle est
totale, est due à une lésion de l'organe
et non à une lésion de l'organe.

4° - L'insuffisance, si elle est
partielle, est due à une lésion de l'organe
et non à une lésion de l'organe.

5° - L'insuffisance, si elle est
totale, est due à une lésion de l'organe
et non à une lésion de l'organe.

6° - L'insuffisance, si elle est
partielle, est due à une lésion de l'organe
et non à une lésion de l'organe.

daire de cet organe. Notre cas est un exemple de cette seconde variété.

DRAINAGE ET ABLATION DE LA VESICULE BILIAIRE. En collaboration avec M. Villard. Lyon Chirurgical, 1er Avril 1909.

UN CAS DE STENOSE ILEO-CÆCALS. En collaboration avec M. VILLARD Société Médicale des Hôpitaux, 24 Avril 1907.

Les symptômes présentés par le malade étaient ceux qui s'observent habituellement dans ces sortes de sténoses. L'intérêt de ce cas réside tout entier dans l'étiologie de la lésion étiologique qui prêtait à discussion. L'examen histologique de la paroi intestinale ne révélait, en effet, aucune cellule cancéreuse, aucune formation de tuberculose différenciée, folliculaire, mais simplement des altérations inflammatoires banales. Les antécédents et l'examen somatique de ce malade ne prétaient, d'autre part, pas plus à soupçonner la syphilis que la tuberculose. Bref, il n'est pas impossible qu'il s'agisse là d'une tuberculose non folliculaire, s'exprimant par de simples lésions inflammatoires, comme Poncet à Lyon; L. Bernard, Cougerot à Paris, les décrivaient alors.

ACTINOMYCOSE ANO-RECTALE. En collaboration avec M. VILLARD Société Médicale des Hôpitaux 20 Février 1907.

Les localisations de l'actinomycose, cette curieuse maladie si bien étudiée à Lyon par Poncet et ses élèves, sont multipliées. Le cas qui fait l'objet de

autre de cet organe. Notre cas est un exemple de cette
seconde variété.

ALIMES ET ABILITE DE LA VISION. L'ALIMES. En collaboration
avec M. VIALAT. Lyon Orléans, 1er avril 1907.
UN CAS DE TUBERCULOSE LIMO-ORLÉANS. En collaboration avec M. VIALAT.
Société Médicale des Hôpitaux, 1er avril 1907.

Les symptômes présentés par le malade
étaient ceux qui s'observent habituellement dans ces
cas de tuberculose. L'intensité de ces symptômes varie
dans l'histoire de la lésion tuberculeuse et peut être
évaluée. L'examen histologique de la lésion tuberculeuse
se révèle, en effet, comme celui des tuberculoses.
formation de tubercules disséminés, cellulaires,
mais simplement des altérations inflammatoires banales.
Les antécédents et l'examen soigneux de ce malade ne
présentent, d'autre part, rien qui ne soit en accord
avec la tuberculose. Bref, il n'est pas impossible
qu'il s'agisse d'une tuberculose non révélatrice,
s'exprimant par de simples lésions inflammatoires, comme
nous le voyons à Paris, les dévies
vont alors.

ALIMES ET ABILITE DE LA VISION. L'ALIMES. En collaboration
avec M. VIALAT. Lyon Orléans, 1er avril 1907.
Société Médicale des Hôpitaux, 1er avril 1907.

cette présentation est un exemple d'actinomycoose ano-
rectale, mais ce qui augmente l'intérêt, c'est qu'il
s'agit d'une forme cutanée primitive résultant d'une
inoculation directe; l'envahissement de la muqueuse
ne fut que secondaire. L'iodure de potassium fit,
comme d'habitude, merveille.

11.- COEUR ET VAISSEAUX

DU RETRECISSEMENT MITRAL RELATIF DANS L'INSUFFISANCE AORTIQUE.

En collaboration avec M. CHALIER. Gazette des Hôpitaux
19 Octobre 1911.

La pseudo-rétrécissement mitral est bien connu, quel que soit son mécanisme, qu'il soit spasmodique ou dû à une hyperkinésie cardiaque, comme le pense le professeur Teissier. Le rétrécissement mitral relatif dans les cardiopathies artérielles est aussi universellement admis depuis Potain et ses élèves. Le cas que nous apportons en est un exemple. Mais, la richesse de la symptomatologie et les constatations anatomiques le rendent particulièrement intéressant cliniquement.

Fig. 1- Sujet normal (n.d. et alg.)

Fig. 2. Insuffisance aortique (malade de l'observation ci-dessus)

DU RETRAVAILLEMENT DES VIEUX ET DES JEUNES
 La collaboration avec le monde du travail
 19 octobre 1911.

La grande-éducation est une œuvre de longue haleine, qui ne peut être menée à bien que par une collaboration étroite entre le monde du travail et le monde de l'éducation. Le professeur doit être en mesure de comprendre les besoins du monde du travail et de les intégrer dans son enseignement. De même, le monde du travail doit être en mesure de comprendre les besoins du monde de l'éducation et de les intégrer dans son activité. Cette collaboration est essentielle pour assurer la formation d'une main-d'œuvre qualifiée et adaptée aux besoins de la société.

Fig. 3. Rétrécissement mitral (m.d. et p.g.)

L'insuffisance aortique était certaine, ainsi qu'un léger degré de rétrécissement aortique. En outre, à la pointe, frémissement diastolique typique et roulement diastolique. Anatomiquement, les lésions aortiques existaient, mais l'orifice mitral n'était pas rétréci, puisqu'il admettait aisément trois doigts. Cependant, les valvules en étaient fibreuses et les cordages tendineux sclérosés, durs, épais, blancs.

Comment interpréter les signes de la lésion mitrale entendus sans doute possible pendant la Vie ? - Bien des hypothèses sont en présence. Mais, il est bon de rappeler que Potain et Laspérance ont surtout visé le souffle pré-systolique de la pointe, au cours de l'insuffisance aortique. Ce souffle manquait dans notre cas, et l'interprétation proposée par ces auteurs, ne nous paraît pas s'appliquer exactement aux signes que nous avons observés. Nous pensons que les altérations des cordages et des piliers, l'induration de la mitrale, peuvent être des conditions anatomiques qui sont à la base du roulement et du frémissement diastoliques perçus dans notre cas; ces organes vibreraient avec un timbre et une intensité anormale sous l'influence du reflux du sang lié à la période du plancher sigmoïdien.

L'électrocardiographie aurait pu, dans une certaine mesure, nous aider à reconnaître l'absence d'un rétrécissement mitral vrai. On verra, sur le tracé, que chez notre malade, l'ondulation A a un profil presque normal. Elle n'est pas, il s'en faut, aussi accusée qu'elle l'est dans le rétrécissement mitral vrai. Nous aurions dû douter dès lors de son existence chez notre malade. Et à l'avenir, il sera bon de savoir que l'étude des traces électrocardiographiques pourra rendre d'utiles services à ce point de vue, en particulier.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA PERICARDITE BRIGHTIQUE. En collaboration avec M. CHALIER. Paris Médical, Décembre 1911

Au cours du mal de Bright, la pathogénie des péricardites qu'on peut voir évoluer est discutée. M. Debove croit que, très souvent, elles sont d'origine tuberculeuse et le professeur J. Teissier partage cette opinion. Mr. le professeur Teissier réserve une place à l'œdème aigu du péricarde et à l'intoxication endogène dans les cas qu'il désigne sous le nom de "hydro-péricardite aiguë" et "péricardite autotoxique". Quant à l'ancienne pathogénie proposée par Bright, défendue par Lancereaux et Kéraval, et où les poisons urémiques jouent le rôle principal, elle est critiquée au moyen de diverses expériences par Chatin, Banti, Becce, Kéraval, Fischer, Renaut et son élève Fischer ont certaine-

L'élaboration de cette œuvre, dans
certaines mesures, nous aident à reconnaître l'importance
d'un rapprochement entre les deux, car la
de, que chez notre malade, l'interprétation à un grand
propre normal. Elle n'est pas, il s'en faut, aussi
accusée qu'elle l'est dans le rapprochement entre
vrai. Nous aurons à nous en rendre compte à un moment
chez notre malade. Nous l'avons, il sera bon de nous
que l'étude des traces électroencéphalographiques pour
mettre d'autres services à ce point de vue, en partie
litt.

INTRODUCTION A L'ETUDE DE LA PATHOLOGIE
relation avec M. CHAILLON, Médecin, Interniste

AN COURS DE M. DE BRIGHT, Le pathogénie
des pathologies qu'on peut voir varier est étonnant
et, de plus, très souvent, elle est d'origine
interne et se présente à l'œil par un
opinion. M. le professeur Tisserand réserve une place
à l'étude de la pathologie et à l'interprétation entre
géné dans les cas où il s'agit de la notion de "patho-
pathologie aiguë" et "pathologie chronique". Nous
à l'analyse pathogénie proposée par Bright, déduisant
les lésions et l'évolution, et on les trouve en même
tous les cas pathologiques, elle est à l'état de moyen
de diverses expériences par Chailion, Bant, Bant, Bant, Bant
et, Bant, Bant et son élève Bant ont certains

ment mise en évidence une condition favorable à l'action de la dyscrasie produite par le brightisme et accentuée par l'urémie, et cette condition est la myocardite. Tripiier avait déjà émis l'opinion que l'hypertrophie du cœur était un élément capable de favoriser le développement de la péricardite.

Mais, que l'intoxication générale, que l'état du cœur ne nous fassent pas oublier le rôle possible du microbe. Pour la pathologie du péricarde, ce qui a été dit par Dieulafoy, Landouzy, pour d'autres sécrues, comme la pièvre, est à retenir; la tuberculeuse doit être plus fréquente qu'on ne le croit.

Dans notre cas, cependant, les recherches faites dans ce sens sont restées sans résultat. La nature bactériologique de la péricardite existait cependant, mais l'agent pathogène était le streptocoque.

Cette observation plaide en faveur de la nature infectieuse de la péricardite brightique, au moins dans certains cas; elle vient se placer à côté de celles de Bosc, de Minetrier, de Gestan et de Guey-tal, d'Oulmond et Ramond, de Becce, de Ferrier et Dep-ter, où le pneumocoque ou le colibacille ont été isolés.

ANEVRYSME DE L'ARTÈRE SYLVIANNE D'ORIGINE SYPHILITIQUE.

En collaboration avec M. CHALIER. Société
Médicale des Hôpitaux. 16 Mai 1911.

Les cas de ce genre sont rares. Des exemples

ment min en évidence une condition
tion de la dyscrasie infectieuse par la
accusée par l'analyse, et cette condition est la
hypothèse. L'analyse avait été faite à l'occasion de
l'hypothèse du cœur était en l'état de
favoriser le développement de la maladie.

Mais, que l'intervention de la
l'état du cœur ne nous fasse pas oublier la
possible de la maladie. Pour la pathologie du cœur
ce qui a été dit par l'analyse, l'analyse, et la
sérieuse, comme la pierre, est à retenir. L'analyse
se fait être plus importante qu'on ne l'est.

Dans notre cas, cependant, la maladie
faute dans ce sens sont les mêmes, la
nature bactériologique de la pathologie est la même
pendant, mais l'agent pathogène est le même.

Cette observation faite en faveur de la
ture infectieuse de la pathologie bactérienne, et
même dans certains cas; elle vient se joindre à
de celle de Bess, de l'analyse, de l'analyse et de la
tel, d'Almond et Bess, de Bess, de l'analyse et de la
ter, où la pathologie est la même.

En conclusion, la pathologie infectieuse est la même
médical des hôpitaux. Je suis sûr.

en ont été fournis par M.M. Klippel, Lancereaux, Cornil Fournier, Roque, Souques et Harvier.

THROMBO-PHLEBITE DE LA VEINE ILIAQUE PRIMITIVE DROITE ET DE LA PARTIE VOISINE DE LA VEINE CAVE INFÉRIEURE, DE NATURE TUBERCULEUSE. INOCULATION PAR VOIE LYMPHATIQUE. - En collaboration avec M. CHALIER. Société Médicale des Hôpitaux 14 Mai 1912.

L'intérêt de cette observation consistait en ce qu'elle est un exemple de phlébite tuberculeuse dans laquelle l'inoculation de la paroi veineuse s'est faite par voie lymphatique.

LYMPHADÉNIE ALÉUCÉMIQUE D'ORIGINE TUBERCULEUSE (En collaboration avec M.M. GORDIER ET LEVY).

Une des observations qui figurent dans ce travail, est relative à un homme de 48 ans, ayant des antécédents bacillaires collatéraux et personnels. Le séro-diagnostic tuberculeux était positif, même au 20°. Il était entré dans le service du professeur Roque, pour une septicémie à entérocoque tout-à-fait conforme aux descriptions classiques de Fiercelin, Saquépée, etc.. Il mourut avec de l'ascite, un gros foie et un état cachectique très marqué, si bien que derrière cette entérocoque, on soupçonnait l'existence d'une autre maladie, qu'on ne put diagnostiquer nettement.

FOURTH, ROYAL, HOUSE OF BISHOP.

AN OUT OF TOWN FOR THE KIPPEL, LAMBERTS, &

THE INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-19-2001 BY SP-6 BJS/BJS

par voie diplomatique.

2000 M.M. CONDIE & LEVY).

Une des observations qui figurent dans ce travail, est relative à un homme de 48 ans, ayant une antécédente pathologie colligée de pneumonie. L'extra-diagnostic tuberculeux était positif, même au II était entré dans le service de médecine interne pour une neoplasie à antécédents post-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-102

GUERISON D'UN ANÉVRISME DE LA CROSSE DE L'AORTE PAR LES INJECTIONS DE SÉRUM GÉLATINÉ. PRÉSENTATION DE LA PIÈCE.
En collaboration avec M. Chalié. Société Médicale
des Hôpitaux. 18 Mars 1913.

Il va sans dire qu'il ne s'agit pas d'une guérison anatomique, encore moins d'une restitutio ad integrum; la poche existe toujours, mais elle est tapissée et capitonnée de strates si denses, de caillots fibrineux assez adhérents et en couches si épaisses, que tout danger de rupture est écarté, alors qu'il y a quelquesmois, le malade en était très sérieusement menacé. Il s'agit donc plutôt d'une guérison fonctionnelle. Mais, il est permis de penser que les injections de sérum gélatiné remontant seulement à trois mois, l'organisation des caillots, qui est à peine ébauchée se serait ensuite achevée si le malade avait vécu.

Il était atteint, en effet, de tuberculose pulmonaire avancée et une hémoptysie foudroyante causa sa mort.

Lors de son entrée, son anévrisme faisait une énorme saillie à la base du cou et, dans la toux, prenait la dimension d'une tête de fœtus. Après 18 injections de 20 cc chacune de sérum gélatiné à 2 % la tumeur avait considérablement diminué de volume, perdu tout mouvement d'expansion et pris une consistance pseudo cartilagineuse.

Nous tenons à faire remarquer que nous restons des partisans convaincus du traitement de l'anévrysme de l'aorte par l'iode de potassium. Mais, quand une contre-indication existe, comme la tuberculose en était une ici, on est autorisé à employer le sérum gélatiné, malgré ses inconvénients, car, on le voit, il peut améliorer l'état d'un anévrysme et en prévenir la rupture.

Il est évident que la situation est très grave. Les conditions de travail sont très difficiles. Les salaires sont très bas. Les heures de travail sont très longues. Les conditions de logement sont très mauvaises. Les conditions de santé sont très mauvaises. Les conditions de sécurité sont très mauvaises. Les conditions de formation sont très mauvaises. Les conditions de promotion sont très mauvaises. Les conditions de retraite sont très mauvaises. Les conditions de vie sont très mauvaises. Les conditions de travail sont très difficiles. Les salaires sont très bas. Les heures de travail sont très longues. Les conditions de logement sont très mauvaises. Les conditions de santé sont très mauvaises. Les conditions de sécurité sont très mauvaises. Les conditions de formation sont très mauvaises. Les conditions de promotion sont très mauvaises. Les conditions de retraite sont très mauvaises. Les conditions de vie sont très mauvaises.

III.- P O U M O N S

ESSAI DE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR LE
SÉRUM ANTITUBERCULEUX DE MARMOREK. EN collaboration
avec M. le professeur ROQUE. Presse Médicale
9 Mars 1910.

Notre but fut ici d'étudier quels résultats on pouvait attendre de ce mode nouveau de traitement appliqué chez les tuberculeux hospitalisés, c'est-à-dire appartenant à la classe ouvrière, qui ne peut que difficilement, ou même ne peut pas envoyer ses bacillaires à l'air pur, à une altitude modérée, ni pratiquer la cure de repos, de suralimentation suffisamment longtemps. Ces moyens restent évidemment les vrais moyens de traiter la tuberculose pulmonaire.

Laisser ces tuberculeux à lésions étendues et ulcéreuses, végéter dans les salles sans rien tenter pour eux, fut au-dessus de notre résignation et, avec leur consentement, nous avons commencé à leur injecter sous la peau les doses habituelles de ce sérum, doublant souvent l'administration sous-cutanée par l'administration intra-rectale. Nous n'avons eu, ni cure miraculeuse, ni changement à vue, mais nous avons été très utile à plusieurs de nos malades et nous n'en avons aggravé aucun. Sous l'influence du traite-

111.- C U 1 5

...AL DE THERAPIE DE LA TUB...
...THERAPIE DE LA TUB...
...tion avec le professeur...
...s jours plus.

Notre but est de l'obtenir...
on pouvait attendre de ce mode nouveau de traitement...
quelques chez les tuberculeux hospitalisés, s'att...
appartenant à la classe ouvrière, qui ne peut pas...
allément, on n'ose pas pour pas envoyer ces patients...
l'air pur, à une altitude modeste, ni pendant les...
de repos, de suralimentation aux besoins...
ces moyens restent évidemment les seuls moyens de...
ter la tuberculose pulmonaire.

Laisser ces tuberculeux à l'état de...
et nécessaires, vivoter dans les salles sans rien de...
pour eux, les en-dehors de notre institution et, v...
leur consentement, nous avons commencé à leur injecter...
sous la peau les doses habituelles de ce sérum, don...
plant souvent l'administration sous-cutanée par l'ad...
médication intraveineuse. Nous n'avons eu, ni épi...
mises, ni changements à vue, mais nous avons...
été très utile à plusieurs de nos malades et nous

ment, les symptômes toxiques sont les premiers à disparaître rapidement; l'appétit, le sommeil, l'embonpoint et les forces reviennent; les sueurs, la tachycardie disparaissent. Le pouvoir agglutinant du sérum augmente, ainsi que le nombre des hématies; la valeur globulaire, la formule d'Arneth se modifient dans un sens favorable.

Le traitement n'a jamais été pénible et n'a provoqué aucun incident anaphylactique sérieux. Il est bien entendu que nous ne sommes pas en présence d'un médicament spécifique, au sens scientifique du mot, ni d'un agent qui doive supplanter la cure hygiénique et olimétrique de la tuberculose. Mais, employé prudemment et judicieusement, il peut l'aider dans différentes circonstances et être appliqué à tous les cas, même les plus avancés; et quand le transport des bacillaires est impossible, il présente pour eux, où qu'ils soient, un traitement susceptible de les améliorer sans danger et souvent au point qu'on peut prononcer le mot de guérison.

Telles sont nos conclusions prudentes, réservées, mais, en somme, encourageantes et favorables.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PLEURÉSIE PURULENTE TUBERCULEUSE

6 OBSERVATIONS. (En collaboration avec M.M. BOUCHUT & GRAVIER. Revue de Médecine, Juin 1913)-

Dans ce travail, ma contribution personnelle

ment, les symboles suivants sont les premiers à
partir rapidement : l'argent, le pouvoir, la santé
point et les forces terrestres ; les autres, la santé
certes également. Le pouvoir appartient de son
argent, et tout ce le nombre des habitants ; la santé
globale, la santé d'ensemble ne modifiant dans
sans favorable.

Le traitement n'a jamais été possible
proprement, aucun incident anaphylactique sérieux. Il
bien entendu, ce sera le cas de tous les autres
additionnement spécifique, en sans relation avec le mal,
d'un agent qui doit empêcher la zone infectieuse
élémentaire de la tuberculose. Ici, l'agent prése
ment et finalement, il peut l'écarter dans l'air
des circonstances et être appliqué à tous les cas,
les plus graves ; et quand le transport des bacilles
est impossible, il présente pour eux, et s'ils sont
un traitement susceptible de les empêcher sans danger
et souvent au point où on peut proposer le mot de
guérison.

Telles sont nos nouvelles prévisions.
servées, mais, en même, l'organisation et l'application

ALLOCATION A L'UNION DE LA FRANCE ET DE L'AFRIQUE
A COMPARAISON (En collaboration avec M. L. L.)
CHUT A GRAVIER, NANTES DE L'AFRIQUE, JUNE 1913)

Il s'agissait d'un homme âgé de 55 ans. La tuberculose est représentée par une observation très complète à tous les points de vue. Il s'agissait d'un homme qui était entré dans le Service du professeur Roques pour une pleurésie d'allure chronique et apyrétique, en Juillet 1908. La seule gêne causée par l'épanchement était une gêne mécanique. Tous les mois, il fallait faire une thoracentèse de nécessité. Le liquide était chyliforme. L'analyse chimique démontrait qu'il s'agissait d'un épanchement chyliforme et non d'un épanchement chyleux vrai, conformément à la distinction faite par M. Sauton dans sa thèse. L'analyse bactériologique montrait l'absence de tout microbe, mais l'inoculation fut positive et la nature tuberculeuse de la pleurésie ne faisait dès lors pas de doute. Aux poumons, aucun signe stéthoscopique. Bon état général. Apyrexie.

Après six mois, l'épanchement était devenu tellement épais que les thoracentèses étaient presque impossibles et on dut faire l'opération de l'empyème. Le malade put alors se lever, descendre aux jardins et se porta mieux. Il vécut ainsi jusqu'en Juin 1912. La plaie opératoire s'était fistulisée et avait continuellement suppuré un peu. A cette date, quelques mois, il succomba à la cachexie avec albuminurie.

A l'autopsie, le foie, la rate et les reins présentaient une dégénérescence amyloïde très accentuée.

Il n'y avait pas de sidérose viscéale. La tuberculose pulmonaire était très discrète et d'apparition très récente. La pièvre, du côté opéré, était extrêmement fibreuse, sans formations histologiques tuberculeuses différenciées; elle n'inocula pas le cobaye.

Bref, le malade succomba à sa dégénérescence amyloïde. On peut se demander, si à l'avenir, il ne faudrait pas se refuser absolument à pratiquer l'opération de l'empyème dans ces formes de pleurésies tuberculeuses purulentes.

Il n'y avait pas de séjours viciés, les tubercules
pulmonaires étant très étendus et les vides
récentes, la pleurite, au côté opposé, était extrêmement
étendue, sans formations histologiques tumorales
différenciables; elle n'incluait pas le plexus.
Enfin, les malades succombent à un érysipèle
angineux. On peut se demander, et à juste titre, si
l'absence de se reformer absolument à l'origine l'o-
ration de l'angine dans ces formes de tuberculose
tuberculeuse purulente.

IV. - REIN

LES LÉSIONS DU REIN DANS L'INTOXICATION AIGUE PAR LE SUBLIME

D'APRÈS UNE BIOPSIE HUMAINE. En collaboration avec
M. CREMIEU. Société Médicale des Hôpitaux.

3 Décembre 1912/

Il est exceptionnel de pouvoir pratiquer des biopsies viscérales au cours des affections médicales; aussi l'observation anatomo-pathologique que nous apportons, tire-t-elle son intérêt de sa rareté même. Il s'agit du cas de néphrite aiguë mercurielle, dont l'observation clinique a été publiée par M.M. GORDIER et MAZEL. Au cours de la néphrotémie, une tranche du rein a été prélevée et fixée immédiatement dans le liquide de Tellyesnisky. A l'autopsie, d'autre part, la mort étant survenue soixante heures après l'opération) un fragment analogue a été prélevé dans une partie respectée par l'incision de la néphrotomie et fixé par le même procédé. Le but que nous poursuivions était d'avoir deux pièces absolument comparables, dont l'étude parallèle nous permit de jeter quelque lumière sur les deux points suivants:

1°- Saisir à l'état vivant, en dehors des modifications toujours imputables à la putréfaction

LES LACLES DU REIN DANS L'INTERVENANCE
D'APRES UNE BIOPHIE HUMAINE. EN COLLABORATION
A. GONNIN, SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX.
3 Décembre 1914

Il est exceptionnel de pouvoir enlever
des biopsies vasculaires au cours des opérations néphro-
logiques; aussi l'observation anatomo-pathologique ne nous
apporte-t-elle que l'intérêt de sa portée négative.
Il s'agit en cas de néphrite aiguë ou chronique, dont
l'observation clinique a été précédée par l'autopsie.
et surtout, au cours de la néphrosisme, une lésion de
type à prévalence et l'existence d'une lésion dans la li-
quide de l'organisme. A l'autopsie, d'autre part, la
mort étant survenue quelque temps après l'opération
un fragment analogue a été prélevé dans une partie des
poumons par l'insertion de la néphrosisme et l'existence
même précisée. Le but des deux observations était d'a-
voir deux pièces absolument comparables, dont l'étude
pathologique nous permet de jeter quelques lumières sur les
deux points suivants:
1° - L'état à l'état vivant, on observe des

cadavérique, les lésions exactes produites sur le rein par l'intoxication. Ces constatations, faites maintes fois sur des animaux expérimentalement intoxiqués, ne peuvent être réalisées sur le rein humain que dans des conditions absolument exceptionnelles.

2° - Essayer de rechercher, à supposer qu'il y ait une différence entre la pièce biopsique et la pièce cadavérique, si cette différence tenait à la putréfaction même, ou à l'évolution chronologique naturelle du processus anatomo-pathologique pendant les soixante heures de survie.

Voici nos conclusions:

1° - Nous avons observé un rein lésé depuis quatre jours et depuis six jours et demi, tandis que les examens histologiques sur lesquels on basait la description des lésions rénales appartenaient à des pièces expérimentales recueillies quelques heures après l'intoxication. Nous ne pouvons donc parler que des lésions tardives contemporaines et postérieures à la nécrose hyaline. En ce qui concerne ces dernières, les lésions que nous avons constatées concordant parfaitement avec les altérations expérimentales.

2° - Ces lésions tardives sont massives pour les épithéliums, ne respectant que les glomérules et

adéquation, les lésions exactes produites sur la
par l'intoxication. Ces constatations, faites mainte-
nant sur des animaux expérimentalement intoxiqués,
peuvent être réalisées sur le même matériel au cours de
conditions absolument expérimentales.

2° - En effet, la recherche, à l'appui de
y ait une différence entre la phase d'attaque et la
phase de régression, et cette différence tient à la
pathologie même, ou à l'intoxication chronique ou
réfille de processus anatomo-pathologiques pendant les
quelques heures de survie.

Voici nos conclusions :

1° - Nous avons observé sur deux lots de
quelques jours et depuis six jours et demi, tandis que
les examens histologiques ont toujours en faveur de la
description des lésions récentes correspondant à des
phases expérimentales récentes (quelques heures
après l'intoxication). Nous ne pouvons nous parler
des lésions tardives correspondantes et postérieures
aux lésions récentes. En ce qui concerne ces
dernières, les lésions qu'on avait constatées con-
cordent parfaitement avec les lésions expérimenta-
les.

2° - Les lésions tardives sont massives par
les éphémères, ne correspondant pas aux éphémères et

présentant leur maximum au niveau des tubes contournés.

Nous avons vu des mitoses.

3°- La comparaison de la pièce biopsique et de la pièce cadavérique montre que les lésions y sont semblables comme répartition, mais que, prises individuellement, elles apparaissent poussées plus loin dans cette dernière. En effet, tandis que dans la première pièce, la desquamation épithéliale n'était que partielle (la plupart des tubes présentant encore leur revêtement cellulaire, très altéré, à la vérité) la pièce cadavérique montre la desquamation à peu près complète dans tous les tubes. Il semble bien que cette altération plus marquée doive là, être rattachée plutôt à l'évolution naturelle de la lésion pendant la survie, qu'à la putréfaction.

4°- L'anurie est due à deux causes, dont la principale est la lésion du parenchyme glandulaire, et l'autre l'oblitération mécanique de la lumière des tubes par les cylindres. Etant donné qu'une fois l'intoxication réalisée, on ne sait pas quel sera son degré et qu'on ne peut rien thérapeutiquement pour empêcher que le poison ne lèse la glande, il faut agir sur l'élément mécanique. La néphrotomie précoce paraît, à priori, le meilleur moyen d'y parvenir, en assurant l'évacuation des tubes, en permettant à la partie de la glande qui peut encore fonctionner, d'excréter l'urine qu'elle parvient à sécréter. De cette manière, on assure autant que possible l'élimination du poison et on favorise

présentant leur maximum au niveau des têtes des
Nous avons vu des choses.

2° - la composition de la pièce d'acier
de la pièce d'acier...
compléter comme l'opération, mais que, dans l'intervalle
d'ailleurs, elle apparaît comme un être dans la
cette dernière. En effet, tandis que dans la
pièce, la composition d'acier...
(Il s'agit des tubes présentant encore leur
dilatation, très élevée, à la suite de la
rigue contre la dilatation à peu près complète
tous les tubes. Il semble bien que cette dilatation
plus grande de la, être...
tous naturels de la même manière la même, et
pression.

3° - L'analyse est que à deux...
général est la même en...
l'autre l'opération...
par les cylindres. Dans...
réponse, on ne voit pas...
se peut bien...
pousser ne lève la...
mécanisme. La...
coller...
des tubes, on...
peut encore...

d'une manière indirecte, la régénération de l'épithélium, laquelle semble disposée à s'effectuer, comme en témoignent les karyokinèses trouvées dans notre pièce. Mais, il faut que l'intervention soit précoce, infiniment plus précoce qu'elle ne l'a été dans notre cas. Il faut cependant attendre l'apparition de phénomènes oliguriques et des altérations de l'urine (albuminurie, hématurie, etc.).

V.- D I V E R S -

TUMEURS GANGLIONNAIRES CERVICALES DE NATURE SYPHILITIQUE

En collaboration avec M. MOUISSET. Société des
Sciences Médicales. 23 Juin 1909.

LE PRIAPISME. En collaboration avec M. LAURENT.

Revue Générale. Gazette des Hôpitaux. 5 Septembre
1908.

LE THOPHOEDEME CHRONIQUE. En collaboration avec M.

LAURENT. Revue Générale. Gazette des Hôpitaux
10 Avril 1909.

**CANCER THYROIDIEN A METASTASES MULTIPLES, VISCERALES ET
OSSEUSES: FORME MEDICALE DU CANCER THYROIDIEN .**

En collaboration avec M. PAULY. Société Nationale
de Médecine/ 2 Juillet 1906.

C'est la relation d'un cas relativement rare
dans lequel le cancer thyroïdien ne s'est pas manifesté
sous son aspect habituel de tumeur cervicale, avec phé-
nomènes de compression, mais s'est révélé surtout par
des métastases. Bard et son élève Guaid ont été les
premiers à faire connaître cette curieuse forme clini-
que.

in collaboration with the

1968
 1969
 1970
 1971
 1972
 1973
 1974
 1975
 1976
 1977
 1978
 1979
 1980
 1981
 1982
 1983
 1984
 1985
 1986
 1987
 1988
 1989
 1990
 1991
 1992
 1993
 1994
 1995
 1996
 1997
 1998
 1999
 2000
 2001
 2002
 2003
 2004
 2005
 2006
 2007
 2008
 2009
 2010
 2011
 2012
 2013
 2014
 2015
 2016
 2017
 2018
 2019
 2020
 2021
 2022
 2023
 2024
 2025
 2026
 2027
 2028
 2029
 2030
 2031
 2032
 2033
 2034
 2035
 2036
 2037
 2038
 2039
 2040
 2041
 2042
 2043
 2044
 2045
 2046
 2047
 2048
 2049
 2050
 2051
 2052
 2053
 2054
 2055
 2056
 2057
 2058
 2059
 2060
 2061
 2062
 2063
 2064
 2065
 2066
 2067
 2068
 2069
 2070
 2071
 2072
 2073
 2074
 2075
 2076
 2077
 2078
 2079
 2080
 2081
 2082
 2083
 2084
 2085
 2086
 2087
 2088
 2089
 2090
 2091
 2092
 2093
 2094
 2095
 2096
 2097
 2098
 2099
 2100
 2101
 2102
 2103
 2104
 2105
 2106
 2107
 2108
 2109
 2110
 2111
 2112
 2113
 2114
 2115
 2116
 2117
 2118
 2119
 2120
 2121
 2122
 2123
 2124
 2125
 2126
 2127
 2128
 2129
 2130
 2131
 2132
 2133
 2134
 2135
 2136
 2137
 2138
 2139
 2140
 2141
 2142
 2143
 2144
 2145
 2146
 2147
 2148
 2149
 2150
 2151
 2152
 2153
 2154
 2155
 2156
 2157
 2158
 2159
 2160
 2161
 2162
 2163
 2164
 2165
 2166
 2167
 2168
 2169
 2170
 2171
 2172
 2173
 2174
 2175
 2176
 2177
 2178
 2179
 2180
 2181
 2182
 2183
 2184
 2185
 2186
 2187
 2188
 2189
 2190
 2191
 2192
 2193
 2194
 2195
 2196
 2197
 2198
 2199
 2200
 2201
 2202
 2203
 2204
 2205
 2206
 2207
 2208
 2209
 2210
 2211
 2212
 2213
 2214
 2215
 2216
 2217
 2218
 2219
 2220
 2221
 2222
 2223
 2224
 2225
 2226
 2227
 2228
 2229
 2230
 2231
 2232
 2233
 2234
 2235
 2236
 2237
 2238
 2239
 2240
 2241
 2242
 2243
 2244
 2245
 2246
 2247
 2248
 2249
 2250
 2251
 2252
 2253
 2254
 2255
 2256
 2257
 2258
 2259
 2260
 2261
 2262
 2263
 2264
 2265
 2266
 2267
 2268
 2269
 2270
 2271
 2272
 2273
 2274
 2275
 2276
 2277
 2278
 2279
 2280
 2281
 2282
 2283
 2284
 2285
 2286
 2287
 2288
 2289
 2290
 2291
 2292
 2293
 2294
 2295
 2296
 2297
 2298
 2299
 2300
 2301
 2302
 2303
 2304
 2305
 2306
 2307
 2308
 2309
 2310
 2311
 2312
 2313
 2314
 2315
 2316
 2317
 2318
 2319
 2320
 2321
 2322
 2323
 2324
 2325
 2326
 2327
 2328
 2329
 2330
 2331
 2332
 2333
 2334
 2335
 2336
 2337
 2338
 2339
 2340
 2341
 2342
 2343
 2344
 2345
 2346
 2347
 2348
 2349
 2350
 2351
 2352
 2353
 2354
 2355
 2356
 2357
 2358
 2359
 2360
 2361
 2362
 2363
 2364
 2365
 2366
 2367
 2368
 2369
 2370
 2371
 2372
 2373
 2374
 2375
 2376
 2377
 2378
 2379
 2380
 2381
 2382
 2383
 2384
 2385
 2386
 2387
 2388
 2389
 2390
 2391
 2392
 2393
 2394
 2395
 2396
 2397
 2398
 2399
 2400
 2401
 2402
 2403
 2404
 2405
 2406
 2407
 2408
 2409
 2410
 2411
 2412
 2413
 2414
 2415
 2416
 2417
 2418
 2419
 2420
 2421
 2422

IN CASE OF 1963
INVESTIGATION REPORT
ON THE PROGRESS OF THE
INVESTIGATION

[illegible]

1-10-1945

T A B L E D E S M A T I E R E S

| | |
|---|---|
| TITRES | 3 |
| TRAVAUX SCIENTIFIQUES: Liste chronologique
des publications. | 4 |

P R E M I E R E P A R T I E

S Y S T E M E N E R V E U X

| | |
|-----------------------------------|----|
| I. Encéphale et méninges | 14 |
| II. Moëlle | 34 |
| III. Nervis périphériques | 39 |

D E U X I E M E P A R T I E

H E M O L Y S E

| | |
|--|----|
| I. Hémolyse sidérogène. Hémosidérose
viscérale..... | 45 |
| II. Hémolyse iotérogène.
Iotère hémolytique acquis..... | 59 |

T R O I S I E M E P A R T I E

M A L A D I E D E S D I V E R S A P P A R E I L S

| | |
|---|----|
| I. Tube digestif et ses annexes | 61 |
| II. Cœur et vaisseaux | 67 |
| III. Poumons | 74 |
| IV. Rein | 78 |
| V. Divers | 82 |